FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

# THESE

DO

# Dr. Joaquim Ribeiro de Castro

1886

# DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OPHTHAMOLOGICA

## Irite — suas causas e tratamento

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

# THESES

APRESENTADAS Á

## FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 30 de Agosto de 1886

E perante ella sustentadas em 7 de Janeiro de 1887

(Sendo approvadas com distincção)

PELO


## Dr. Joaquim Ribeiro de Castro

Natural da provincia do Rio de Janeiro


RIO DE JANEIRO

Typographia, lithographia e encadernação a vapor

LAEMMERT & C.

71 Rua dos Invalidos 71

1886

# FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

**DIRECTOR.** — CONSELHEIRO DR. VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA
**VICE-DIRECTOR.** — CONSELHEIRO DR. ALBINO RODRIGUES DE ALVARENGA
**SECRETARIO.** — DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

## LENTES CATHEDRATICOS

Os ILLMS. SRS. DRS:

| | |
|---|---|
| João Martins Teixeira | Physica medica. |
| Augusto Ferreira dos Santos | Chimica medica e mineralogia. |
| João Joaquim Pizarro | Botanica medica e zoologia. |
| José Pereira Guimarães (Examin.) | Anatomia descriptiva. |
| Conselheiro Barão de Maceió | Histologia theorica e pratica. |
| Domingos José Freire | Chimica organica e biologica. |
| João Baptista Kossuth Vinelli | Physiologia theorica e experimental. |
| João José da Silva | Pathologia geral. |
| Cypriano de Souza Freitas | Anatomia e physiologia pathologicas. |
| João Damasceno Peçanha da Silva | Pathologia medica. |
| Pedro Affonso de Carvalho Franco | Pathologia cirurgica. |
| Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga | Materia medica e therap, especialmente braz.ª |
| Luiz da Cunha Feijó Junior (Examin.) | Obstetricia. |
| Claudio Velho da Motta Maia | Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e peq. cirurgia |
| Nuno Ferreira de Andrade | Hygiene e historia da medicina. |
| José Maria Teixeira | Pharmacologia e arte de formular. |
| Agostinho José de Souza Lima | Medicina legal e toxicologia. |
| Conselheiro João Vicente Torres Homem<br>Domingos de Almeida M. Costa | Clinica medica de adultos. |
| Conselheiro Vicente Candido Figueira de Saboia<br>João da Costa Lima e Castro | Clinica cirurgica de adultos. |
| Hylario Soares de Gouvêa (Pres.) | Clinica ophtalmologica. |
| Erico Marinho da Gama Coelho (Examin.) | Clinica obstetrica e gynecologica. |
| Cand do Barata Ribeiro | Clinica medica e cirurgica de crianças. |
| João Pizarro Gabizo | Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas. |
| João Carlos Teixeira Brandão | Clinica psychiatrica. |

## LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Os ILLMS. SRS. DRS.:

| | |
|---|---|
| Antonio Caetano de Almeida | Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e peq. cirurgia. |
| Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro | Anatomia descriptiva. |
| José Benicio de Abreu (Examin.) | Materia medica e therap. especialmente braz.ª |

## ADJUNTOS

Os ILLMS. SRS. DRS.

| | |
|---|---|
| . . . . . . . . . . . . . . . . . | Chimica medica e mineralogica. |
| . . . . . . . . . . . . . . . . . | Physica medica. |
| Francisco Ribeiro de Mendonça | Botanica medica e zoologica. |
| . . . . . . . . . . . . . . . . . | Histologia theorica e pratica. |
| Arthur Fernandes Campos da Paz | Chimica organica e biologica. |
| João Paulo de Carvalho | Physiologia theorica e experimental. |
| Luiz Ribeiro de Souza Fontes | Anatomia e physiologia pathologicas. |
| . . . . . . . . . . . . . . . . . | Pharmacologia e arte de formular. |
| Henrique Ladislau de Souza Lopes | Medicina legal e toxicologia. |
| . . . . . . . . . . . . . . . . . | Hygiene e historia da medicina. |
| Francisco de Castro<br>Eduardo Augusto de Menezes<br>Bernardo Alves Pereira<br>Carlos Rodrigues de Vasconcellos | Clinica medica de adultos. |
| Ernesto de Freitas Crissiuma<br>Francisco de Paula Valladares<br>Pedro Severiano de Magalhães<br>Domingos de Góes e Vasconcellos | Clinica cirurgica de adultos. |
| Pedro Paulo de Carvalho | Clinica obstetrica e gynecologica. |
| José Joaquim Pereira de Souza | Clinica medica e cirurgica de crianças. |
| Luiz da Costa Chaves Faria | Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas. |
| Joaquim Xavier Pereira da Cunha | Clinica ophtalmologica. |
| . . . . . . . . . . . . . . . . . | Clinica psychiatrica. |

*N.B.* A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses que lhe são apresentadas

AOS MEUS PAES

*A's minhas irmãs*

*Aos meus irmãos*

*Aos meus parentes*

AOS MEUS AMIGOS

AOS MEUS MESTRES

**e especialmente aos Srs.**

CONSELHEIRO DR. ALBINO R. DE ALVARENGA
DR. HILARIO SOARES DE GOUVÊA
CONSELHEIRO DR. JOÃO V. TORRES-HOMEM
DR. LUIZ DA CUNHA FEIJÓ JUNIOR
DR. ERICO MARINHO DA GAMA COELHO
DR. JOSÉ PEREIRA GUIMARÃES
DR. ANTONIO CAETANO DE ALMEIDA

**e suas Exmas. familias.**

## AOS DIRECTORES

DA

# Casa de Saude N. S. d'Ajuda

**Os Illms. Srs. Drs.**

JOSÉ LOURENÇO DE MAGALHÃES

D. DE ALMEIDA MARTINS COSTA

**E suas Exmas. familias**

---

## AOS COMPANHEIROS DE TRABALHO

DA

# CASA DE SAUDE N. S. D'AJUDA

PHARMACEUTICO CARLOS FRANCISCO XAVIER

EDUARDO FERNANDES DE MAGALHÀES

BERNARDO RODRIGUES BASTOS

LUIZ DE ALMEIDA MARTINS COSTA

ANTONIO JOSÉ DE ARAUJO COUTINHO

---

AO DISTINCTO ADJUNCTO DA CLINICA OPHTHALMOLOGICA

**O Sr. Dr. J. X. Pereira da Cunha**

e Sua Exma. familia

---

AO ILLUSTRADO CLINICO

**O SR. DR. V. R. BARBOSA ROMEU**

---

**Aos meus companheiros de internato da clinica ophthalmologica:**

Dr. Manoel Joaquim Corrêa Leal Junior
Dr. José Ferraz de Magalhães Castro
e Suas Exmas. familias.

---

**A' SEXTA SERIE MEDICA DE 1886**

---

**AOS DOUTORANDOS DE 1887**

# INTRODUCÇÃO

Interno que somos da clinica ophthalmologica desta Faculdade, esta circumstancia só por si explica perfeitamente a preferencia que demos a um assumpto deste ramo das sciencias medicas para sobre elle dissertar.

Assim procedendo, seja-nos mesmo dispensado justifical-o, não tivemos em mente offerecer um trabalho completo ou esclarecer algum ponto obscuro da pathologia ocular, mas unicamente registrar o resultado da nossa observação durante o espaço de tempo em que exercemos aquelle cargo.

Occupar-nos-hemos da irite em geral e, com mais largo desenvolvimento, das suas causas, e bem assim dos meios therapeuticos que a pratica tem aconselhado como mais efficazes no tratamento daquelle estado morbido.

E assim julgando fielmente interpretar o enunciado da nossa these, seguiremos neste nosso trabalho o seguinte plano:

Em primeiro logar definiremos a irite e mencionaremos as suas diversas modalidades, segundo a moderna classificação.

Em seguida estudaremos os varios symptomas de que se reveste aquella entidade pathologica em cada uma das suas fórmas.

Em terceiro logar daremos os caracteres essenciaes da irite, caracteres que a distinguem dos outros estados pathologicos das membranas do globo ocular. Por essa occasião indicaremos as diversas circumstancias que podem influir favoravel ou desfavoravelmente para a terminação da molestia, e bem assim a marcha de ordinario seguida por esta.

Depois de haver estabelecido os precedentes dados, entraremos na indagação das causas pathogenicas da entidade morbida de que vamos nos occupar.

E, conhecida a pathogenia da irite, estudaremos por ultimo os recursos de que póde o clinico dispôr afim de satisfazer as indicações therapeuticas que soem offerecer as suas variadas fórmas.

---

# DEFINIÇÃO

Designa-se em pathologia sob a denominação de *irite* o trabalho inflammatorio que se processa para o lado da iris.

Confundido por muito tempo com outros estados inflammatorios das membranas oculares, sob a designação de ophthalmia interna anterior, só em principios do presente seculo é que na Allemanha e na Inglaterra foram feitos os primeiros estudos a respeito deste estado nosologico considerado como entidade morbida distincta.

Dahi em diante tornou-se este assumpto um dos de maior predilecção sobre o qual foram elaboradas importantes monographias, cujos autores tentaram apresentar uma classificação que satisfizesse as exigencias clinicas, alvo que só modernamente pôde ser attingido.

Os autores antigos procuravam classificar as fórmas desta molestia, baseando-se nos dados etiologicos, donde dividirem-na em: *escrophulosa, rheumatica, traumatica, syphilitica, tuberculosa, leprosa, etc.*

Graves são os inconvenientes que apresenta a classificação assim fundamentada, não só pela grande confusão que dahi resulta em consequencia de sua extrema diversidade, como tambem porque os caracteres fornecidos pela etiologia só por si não nos habilitam para assignalar com segurança a classe

a que deva pertencer cada uma das fórmas da irite, por isso que o rheumatismo, a syphilis, os traumatismos, etc., podem, segundo o gráo de intensidade com que actuam, produzir não uma unica, mas fórmas variadas de inflammação.

Mais modernamente, porém, baseados nos estudos anatomo-pathologicos consideram os autores apenas tres divisões principaes, a saber: *irite simples ou plastica*, *irite serosa e irite parenchymatosa*, classificação que, mais do que nenhuma outra, offerece o verdadeiro cunho pratico.

Assim a designação de *plastica* lembra a adherencia da iris á cristalloide anterior; a qualificação de *serosa* a transudação cellular, e o termo *parenchymatosa* nos recorda a participação do trama da membrana no processo inflammatorio.

# SYMPTOMAS

Os symptomas da irite podem se dividir em *objectivos e subjectivos.*

Os symptomas objectivos ou anatomicos da irite offerecem em cada uma das suas fórmas clinicas, que acima estabelecemos, differenças notaveis no modo pelo qual se manifestam; portanto, para que em sua enumeração possamos seguir com methodo, descreveremos separadamente os symptomas respectivamente pertencentes a cada fórma em particular.

Na descripção dos symptomas subjectivos, porém, apresentando elles apenas modificações de intensidade, enumeral-os-hemos englobadamente.

SYMPTOMAS OBJECTIVOS. — *Irite plastica.* — O primeiro symptoma que impressiona o observador ao examinar um doente affectado de irite, é uma injecção perikeratica dos vasos scleroticaes, que manifesta-se mais ou menos pronunciada conforme a intensidade e a duração da molestia.

De côr rubro-vinhosa caracteristica, só não se mostra bem patente a injecção, quando a perturbação circulatoria produzida pela inflammação é muito intensa, determinando edemacia da conjunctiva; observamos então que a sua côr é de um rubro amarellado e pouco pronunciada.

O empanamento do brilho do olho, que é o que logo depois attrahe a attenção, é determinado quer pela modificação de côr que soffre a iris, tornando-se pallida, quer pelo turvor do humor aquoso.

A' primeira vista este estado póde simular uma opacificação da cornea, mas examinada esta membrana pela illuminação obliqua verificamos achar-se lisa, transparente e desprovida de rugosidades.

O turvor do humor aquoso é determinado por flocos exsudativos que nelle sobrenadam; outras vezes, por massas exsudativas mais ou menos consideraveis, que enchem e invadem toda a camara anterior; ou ainda por productos purulentos que se accumulam na parte que offerece maior declive. A quantidade de exsudato varia consideravelmente.

Ainda outro caracteristico da irite é a preguiça, a difficuldade com que se contrahe a iris e afinal a immobillidade que é determinada quer pela turgencia do tecido proprio, quer por adherencias parciaes ou totaes, que por meio de exsudatos que se depositam entre as bordas da pupilla e da cristalloide, se estabelecem; estas adherencias denominam-se *synechias*.

As synechias, quando parciaes, facilmente se rompem sob a acção da atropina; porém quando são completas, ou quando em consequencia da falta de tratamento se completam, tornam-se muito fortes e offerecem uma resistencia algumas vezes impossivel de vencer.

As synechias são constituidas não por um tecido organisado, mas por uma massa amorpha, entremeiada de cellulas, algumas pigmentadas.

Quando por meio da atropina conseguimos a ruptura das synechias, permanecem na capsula cristalliniana depositos pigmentados, que pouco a pouco se atrophiam, diminuem de

volume, deixando, porém, algumas vezes vestigios indeleveis da existencia deste estado inflammatorio.

O que se verifica tambem não raras vezes é que os exsudatos não se limitam a produzir a adherencia da iris, mas que, depositando-se no centro da pupilla, determinam a sua occlusão.

*Irite-serosa*. — Convencidos out'rora os autores da existencia de uma membrana hyaloide que forrava como um sacco seroso as camaras anterior e posterior, consideravam esta fórma de irite como o resultado da inflammação daquella membrana, donde as designações por elles admittidas de *hydromeningite*, *aquo capsulite*, *descemetite*.

Modernamente, porém, considerando como caracteristico principal uma hypersecreção serosa, lhe deram a denominação de *irite serosa*, expressão que, segundo o professor Wecker, deve ser eliminada da pathologia ocular, baseando-se este seu modo de pensar em duas razões, que por sua vez se fundam em estudos anatomo-pathologicos feitos por elle e nos que são devidos ao professor Knies.

Em primeiro logar contesta que o elemento essencial desta variedade de molestia seja uma transudação serosa e que semelhante inflammação de producto seroso não se poderia limitar sómente á iris, á vista da connexão intima que existe entre os vasos e o tecido da iris com as partes vizinhas.

Affirma, em segundo logar, que o producto inflammatorio é de natureza não serosa, mas essencialmente cellular; que, originando-se dos lymphaticos do olho aquelle mesmo producto, de que se acha a iris secundariamente infiltrada, a irite serosa não é mais do que uma lymphangite anterior do olho, tendo por séde principal os lymphaticos pericorneanos.

Sendo assim, parece não se poder de um modo absoluto admittir que possa existir isoladamente a inflammação da iris

sob esta fórma, em consequencia da communicação directa que existe entre os lymphaticos das membranas oculares.

E' esta uma questão muito controvertida e que carece ser elucidada por trabalhos anatomo-pathologicos mais positivos.

Apenas por falta de outro termo, que com mais propriedade designe esta fórma de irite, conservamos a denominação de serosa, convindo não esquecer que se trata de uma lymphangite anterior do olho com infiltração cellular da iris.

A injecção perikeratica manifesta-se na irite serosa de um modo pouco patente e muitas vezes insignificante.

Occasiões ha em que a inflammação se traduz apenas por imbibição serosa, edema da iris, ligeiro turvor do humor aquoso, e depositos na membrana de Descemet, os quaes neste caso são muito pouco abundantes.

Occasiões ha ainda em que mais grave se apresenta a irite; a transudação torna-se fibrosa, tem logar a agglutinação da borda da iris á cristalloide, e a iris, quando a agglutinação de suas bordas é completa, em consequencia da transudação distende-se, subleva-se, e as vezes mesmo rompe-se. A infiltração cellular se mostra algumas vezes muito intensa; os córtes desta membrana assim infiltrada apresentam o aspecto de uma ferida coberta de granulações. Semelhante infiltração póde attingir um tal gráo de intensidade que o tecido da iris, despedaçado, participe tambem da inflammação.

Em outros casos a irite serosa complica-se de numerosas extravasações sanguineas que se combinam com uma exsudação fibrinosa ou gelatinosa, como mostrou Arlt.

O que então se nota é que as hemorrhagias têm logar na intimidade do parenchyma da iris, ficando a parte liquida do sangue derramada na camara anterior, ao passo que os elementos cellulares ficam depostos na parte inferior da mesma

camara, dissolvem-se e decompoem-se em duas camadas — gelatinosa e fibrinosa.

Quando esta fórma de irite é intensa e persistente, vemos muitas vezes a cornea participar do processo inflammatorio por imbibição de seu tecido, dissociação dos elementos da camada epithelial e emigração dos elementos cellulares.

*Irite parenchymatosa*. — O cunho caracteristico desta variedade é a participação do parenchyma da iris no processo inflammatorio, participação que se revela por nucleação e proliferação, concomittantemente com uma infiltração cellular muito mais activa do que na lymphangite ocular.

Aqui, como sempre, a anatomia pathologica não nos fornece dados precisos com que possamos de um modo absoluto firmar os limites da fórma parenchymatosa desta molestia; entretanto a participação do tecido da iris imprime-lhe certos signaes que lhe são proprios.

Produz-se em consequencia da infiltração cellular um engorgitamento da iris, ora limitado, ora generalisado, o qual se manifesta de um modo muito mais pronunciado nesta fórma do que nas anteriores.

Quando limitado, o engorgitamento póde determinar a formação de tumores isolados, como é observado nas variedades gommosa e tuberculosa. Quando generalisado, a iris parece pallida com manchas pigmentares isoladas, produzidas pela hypergenese das cellulas pigmentares do stroma. Na iris uma vascularisação apparente se manifesta, devida em parte á formação de vasos novos, em parte á perturbação da circulação; e os vasos tortuosos e turgidos se mostram na superficie anterior da membrana. Constitue isto um symptoma caracteristico, que nenhuma das anteriores formas offerece.

Predominando a infiltração das cellulas lymphoides sobre os resultados da invasão do tecido proprio, vemos ter então

logar uma variedade desta fórma, principalmente caracterisada pela suppuração; é a irite suppurativa.

Quando assim se manifesta, a irite parenchymatosa póde dissipar-se, desapparecer sem muitas vezes deixar vestigios ou lesão do trama da iris; mas quando o gráo de entumescimento do trama é tal que póde ter logar a abcedação, póde-se nestes casos observar destruição da parte assim compromettida.

Analysando os diversos phenomenos morbidos apresentados pela fórma parenchymatosa, vemos que podem elles dar variadas feições a esta mesma affecção.

Assim, da nucleação ou segmentação das cellulas do stroma da iris resulta a formação de focos, em que são encontrados nucleolos, reunidos por uma substancia inter cellular, e poucos elementos cellulares fusiformes; em periodo mais adiantado da molestia se produz a transformação destes nucleolos em detrictos gordurosos e caseosos, que são reabsorvidos e dão logar a uma perda de substancia, conforme anteriormente vimos. A irite plastica póde determinar a atrophia da iris; mas onde de ordinario é observada, e de um modo muito mais pronunciado, é na fórma de que estamos nos occupando.

Conjunctamente com a atrophia observou Arlt algumas vezes, nos casos de insulto grave, uma degenerescencia colloide da camada endothelial da iris, que se mostra sob a fórma vitrea.

A *proliferação cellular*, que, como acima dissemos, opera-se em grande copia, algumas vezes determina a agglutinação das bordas da iris á cristalloide anterior sob a forma de synechias pigmentadas, que immobilisam a pupilla. Ainda por vezes a proliferação cellular produz exsudatos, que se apresentam sob a fórma de membrana, provida de vasos; produz além disso massas cellulares pigmentadas, as quaes, quando se assestam no campo pupillar, dão em resultado a

occlusão da pupilla, o que acarreta grave compromettimento para a visão.

As adherencias de que acima fallamos não se limitam muitas vezes ás bordas da pupilla, mas estendem-se a toda a face posterior da iris, produzindo o que propriamente se chama *synechias completas.*

A injecção perikeratica se mostra nesta fórma de modo bem manifesto.

A congestão conjunctival e chemosis tambem se apresentam como symptomas deste estado inflammatorio, que póde se estender ás palpebras, tornando-as rubras, brilhantes e edemaciadas.

Comquanto tenhamos admittido as tres divisões da irite sob o ponto de vista anatomico—irite plastica, serosa e parenchymatosa, comtudo estudaremos resumidamente as diversas modificações, que lhe imprimem a syphilis, o rheumatismo e a infecção blenorrhagica.

*Irite syphilitica.*—A inflammação da iris, dependente de diathese syphilitica, póde manifestar-se sob qualquer das fórmas acima descriptas, e, com mais frequencia, sob a da irite plastica. Nesta ultima fórma nenhuma modificação vem revelar-nos o seu caracter especifico. Com effeito, os exsudatos fibrinosos sob a fórma de membranas vesiculares, que esta algumas vezes apresenta ; a lymphangite do olho de que costuma complicar-se, a circumstancia de affectar a maior parte das vezes ambos os olhos, nenhum destes factos póde caracterisar a sua natureza diathesica, por isso que outras causas, que não a syphilis, determinam os mesmos phenomenos. E, como por esse meio não era dado fixar com segurança as bases do diagnostico, têm de ha muito os clinicos se empenhado na indagação de signaes pathognomonicos.

As tentativas feitas até hoje neste sentido têm sido

infructiferas, de modo que permanece de pé a mesma hesitação acerca dos caracteres differenciaes da irite especifica.

Assim, uns julgaram entrever nas differenças de colorido da injecção perikeratica esclarecimentos a respeito da origem especifica da affecção; outros em um annel azulado constituido pelo limbo conjunctival menos hyperemiado que o tecido episcleral, cuja côr contrasta com a das partes vizinhas nos individuos de idade avançada ; outros emfim, na coloração cuprea que apresenta o pequeno circulo da iris. Mas o que podemos affirmar é que nenhum destes signaes possue valor real.

Só o que nos póde orientar a este respeito são os dados fornecidos pelo doente, os commemorativos a respeito dos antecedentes ou ainda o exame da garganta, da bocca,dos ganglios do pescoço e do braço, e ainda o exame do corpo, afim de ver se existe ou existio alguma erupção suspeita.

Em certos casos entretanto a irite syphilitica apresenta signaes especiaes que revelam a sua natureza. Assim é que, quando se manifesta no fim do periodo secundario ou no começo do terciario, geralmente a irite se apresenta sob a fórma parenchymatosa generalisada a toda a membrana ou limitada, tendo lugar neste caso a *irite gommosa*, que é acompanhada muitas vezes de alterações graves das membranas profundas.

A irite gommosa é caracterisada pela mudança de côr em uma parte da iris, parte que se entumesce e cerca-se de vasos turgidos e tortuosos, que podem ser vistos por meio de uma lente.

Estes pontos entumescidos se mostram sob a forma de nodulos amarellados de aspecto semelhante ás gommas das outras regiões e contrastam vivamente com as outras partes da iris e são designadas com os nomes de vegetações, condylomas ou pustulas. Apresentam-se em numero variavel, assestando-se de preferencia no quarto interno e superior da iris, razão pela

qual os antigos autores, entre elles Beer, estabeleciam o desvio da pupilla para cima e para dentro, como caracter pathognomico da irite especifica.

Outras vezes o processo inflammatorio não se limita a pontos isolados; accommette a metade da iris e mesmo a totalidade da membrana tem sido obervada como séde deste estado phlegmasico. Algumas vezes notamos o apparecimento de um hypopion durante a evolução da irite gommosa, o que dá lugar a que o confundamos com um abcesso da iris, pois este deposito de pús na camara parece proceder das gommas que apresentam-se amarelladas, assemelhando-se a focos purulentos estabelecidos na iris.

Estes pequenos tumores apresentam uma estructura analoga ás gommas das outras regiões.

Para a determinação dessa estructura, ainda não tendo se offerecido occasião de, por meio da autopsia, recolher especimens que pudessem servir para os estudos microscopicos desta producção morbida, recorreram á excisão, no vivo, da parte da iris affectada. Esta excisão deve ser feita logo no principio da molestia, pois que, em um periodo adiantado, a gomma já é séde de uma degenerescencia regressiva, que faz com que, quando se quer extrahi-la com a pinça, se desfaça entre os ramos desta e torne-se assim impossivel a obtenção de um specimen para o estudo.

E' assim que o Sr. Alfredo Graëfe obteve uma gomma de um caso importante de irite syphilitica e que servio ao Sr. Colbert * para seus estudos microscopicos, por meio dos quaes provou haver inteira identidade entre estes condylomas e os tumores gommosos. Verificou o Sr. Colbert que esse tumor compunha-se de elementos cellulares de nova formação

* *Archiv fuer Ophthalmologie* t. VIII, parte I pag. 286.

e um grande numero de nucleos livres em uma massa blastematica, além de cellulas fusiformes dispostas em series lineares que provavelmente apparecem como vestigios dos vasos em via de formação. Os elementos do tecido não são encontrados, mas unicamente aquelles a que acima nos referimos. Esta ausencia dos elementos que constituem o trama normal da membrana manifesta-se por uma atrophia, no ponto em que se produzio a neoplasia determinada pela nucleação do tecido proprio e pela degenerescencia ulterior da gomma.

Esta é a razão porque, quando nos referimos a esta fórma, a proposito da irite parenchymatosa, dissemos que era a que menos se presta á reparação do tecido affectado.

Havendo, pois, o Sr. Colbert estabelecido uma perfeita identidade entre a gomma da iris e a gomma cutanea, fica provado que podemos considerar a producção destes tumores como caracteristico da especificidade da affecção. Este facto recebena clinica o mais brilhante acolhimento, pois que, sempre que observamos individuos de idade adulta com estas producções, verificamos por meio dos commemorativos ou pelo exame do doente a existencia da infecção especifica.

A irite gommosa é propria da syphilis galopante ou maligna e succede aos symptomas secundarios, dos quaes ainda se encontram vestigios ao tempo da manifestação da irite.

*Irite rheumatica.* — Estão actualmente os clinicos de accordo em attribuir á diathese rheumatica a irite, quando esta existe concomittantemente com o rheumatismo.

O rheumatismo determina, na verdade, uma fórma de irite plastica que, comtudo, não póde ser considerada typo, porque o tecido episcleral manifesta uma episclerite generalisada ao redor da cornea, que constitue para esta fórma um caracter proprio.

Os symptomas da fórma plastica em sua phase inicial não

se manifestam claramente; só depois de algum tempo é que os seus symptomas vão pouco a pouco se accentuando. As synechias da fórma plastica produzida pela diathese rheumatica difficilmente cedem á acção da atropina.

Raramente, portanto, a irite de causa rheumatica se dissipa sem deixar adherencias.

Sob a acção dessa diathese a irite segue uma marcha muito lenta, e muito demoradamente se desvanecem a injecção e o entumescimento do tecido episcleral que rodeia a cornea.

O que é notavel nesta variedade é a extrema facilidade com que, sob a acção de um resfriamento, ella reincide. E estas reincidencias devem ser cuidadosamente evitadas, pois que determinam adherencias cada vez mais extensas entre as bordas da pupilla e a cristalloide, e desde que taes adherencias completam-se, effectua-se a propulsão da iris para a cornea, e manifesta-se o glaucoma, com tanto maior facilidade quanto o tecido sclerotical acha-se lesado em sua elasticidade e extensibilidade.

Dizem os Srs. Wecker e Landolt que um olho exercitado póde, mesmo nos casos de ha muito dissipados, reconhecer vestigios de focos de antigas episclerites, pela côr de ardosia da sclerotica.

*Irite blennorrhagica.*— A irite blennorrhagica póde ser considerada como uma localisação de um processo infeccioso, como se dá na articulação do joelho.

E Lebert explica a manifestação do processo infeccioso nestes orgãos, admittindo que em uma blennorrhagia urethral se dê uma ruptura da mucosa, penetrem por essa via germens microscopicos que levados pela torrente circulatoria vão determinar este estado morbido na iris e na articulação do joelho.

A concomitante manifestação do processo nestes dous

orgãos explica-se pela identidade de estructura e distribuição dos vasos sanguineos e lymphaticos.

A infecção blennorrhagica não apresenta uma fórma de irite bem definida. E' assim que se mostra sob a fórma plastica, mas com uma certa tendencia para lymphangite, isto é, um mixto de plastica e serosa.

Alguns consideram esta fórma como uma variedade da irite rheumatica, mas não só desapparece em pouco tempo, quando convenientemente tratada, como tambem apresenta uma fórma plastica pouco pronunciada, tendendo para a lymphangite, caracteres que a distinguem daquella fórma.

Igualmente apresenta a tendencia para reincidencias, podendo se processar mesmo quando não tenham do accomettimento anterior resultado synechias permanentes.

Quando a molestia se acha entregue a si mesma e as reincidencias se renovam muitas vezes, o caracter plastico torna-se mais pronunciado.

Eis em poucas palavras o que podemos dizer acerca desta variedade.

Symptomas geraes ou subjectivos. — Em qualquer das fórmas de manifestação da irite o symptoma mais frequente é a dôr. A principio, quando a inflammação acha-se ainda em seu inicio, os doentes apenas accusam sensação de calor, de peso e difficuldade de movimento do globo ocular. Mais tarde, porém, com o progresso da molestia, sobrevêm aos doentes dôres vivas e lancinantes intra oculares e circum-orbitarias, que exarcebam-se ao tocar. Outras vezes estas dôres se propagam pelos ramos nervosos do quinto par, que torna-se séde de uma nevralgia intensa, que se estende muitas vezes ás gengivas e á metade da face e cabeça, reincidindo por accessos com uma periodicidade algumas vezes muito sensivel.

As dôres não se manifestam com igual intensidade nas

diversas fórmas da irite ; em geral são mais vivas na irite parenchymatosa e na irite plastica do que na irite serosa e resultam provavelmente da compressão dos nervos ciliares pelo tecido hyperemiado e pelo exsudato. Emfim qualquer que seja a causa das dôres, o que é certo é que, quando diminuimos por uma paracentese a pressão intra ocular, estas dôres cessam bruscamente, reproduzindo-se logo o humor aquoso.

Ha exacerbação das dôres á tarde e á noite o que não constitue, como pretendeu Lawrence, symptoma proprio da irite syphilitica.

Em toda a irite as dôres ciliares são acompanhadas de photophobia e lacrimejamento que se acham em relação directa com aquellas, não se manifestando jamais as dôres tão pronunciadas como nas keratites em que impedem muitas vezes o exame.

A visão se acha mais ou menos perturbada o que depende do turvor do humor aquoso e dos exsudatos, que se antepoem ao campo pupillar.

Esta perturbação póde ser permanente ou passageira e variar de intensidade. Assim, algumas vezes os doentes accusam uma simples nuvem que torna a vista menos clara,outras, porém, o doente conta difficilmente dedos a pequena distancia e póde mesmo ser accommettido de perda completa da visão.

A permanencia da diminuição ou perda da visão não resulta de synechias multiplas que se tenham formado adherindo toda a borda da pupilla, mas, de exsudatos semi-transparentes pouco espessos que se depositam no campo pupillar.

Muitas vezes entretanto podemos observar uma diminuição da agudeza visual que não se acha em relação com alterações impressas pelo processo inflammatorio; é, pois, indispensavel explorar o fundo do olho com o ophthalmoscopio, pois muitas vezes essa diminuição depende de choroidites ou opacidades do

corpo vitreo, complicações muito frequentes de certas fórmas de irite.

Os annexos do olho raramente soffrem a influencia da phlogose da iris; em alguns casos, quando a inflammação é muito viva, nota-se edemacia da conjunctiva bulbar, secreção muco-purulenta do sacco conjunctival e excepcionalmente edema das palpebras.

Aos phenomenos locaes se juntam muitas vezes phenomenos geraes que variam com intensidade da molestia. Nos casos benignos o estado geral não soffre a menor alteração, e o doente só percebe a manifestação deste estado morbido pela deformação da pupilla e pela perturbação da visão.

Em outros, porém, principalmente quando os individuos affectados são fracos e irritaveis, as dôres provocam insomnia, manifesta-se uma reacção febril, anorexia, vomitos e até delirio.

# DIAGNOSTICO, PROGNOSTICO E MARCHA

## Diagnostico

O diagnostico da irite é relativamente facil, mas vamos em todo o caso mostrar quaes os signaes de que podemos lançar mão para distinguil-a das affecções das membranas vizinhas.

Nos casos em que a injecção perikeratica attinge a um tal gráo que a conjunctiva bulbar se mostra rubra, congestionada, póde-se á primeira vista confundir o estado inflammatorio da iris com uma conjunctivite. Mas differenciam-se pelo seguinte: a iris apresenta-se com alteração de côr na irite e norma na conjunctivite; a secreção das lagrimas acha-se augmentada em ambos os casos, mas na conjunctivite as lagrimas se acham de mistura com a secreção catarrhal; as dôres são mais intensas e lancinantes na irite ; emfim a adherencia da iris á cristalloide vem affastar toda e qualquer duvida. Mas além daquelles signaes um outro existe, e o mais importante, que nos leva de prompto ao diagnostico; vem a ser a differença de côr da injecção, que na conjunctivite é rubra, verdadeiramente côr de sangue, devida a turgencia dos vasos da conjuntiva, e na irite é de côr vinhosa determinada pelo embaraço opposto ao curso do sangue nos vasos sub-conjunctivaes ou scleroticaes.

Para chegar á determinação dos vasos que se acham turgidos e que concorrem para a manifestação deste estado, podemos nos utilizar da differença das côres que elles apresentam, e bem assim da mobilidade ou immobilidade dos mesmos, quando com a palpebra ou por qualquer outro meio fazemos deslizar a conjunctiva sobre o globo do olho.

Por meio das côres verificamos que em um caso é rubro-sanguinea e em outro é rubro-vinhosa. Ora, sabendo nós que a côr rubra se decompõe quando vista atravez de uma membrana, chegamos á conclusão de que, em um dos casos figurados, trata-se de vasos superficiaes, que são os da conjunctiva, e, no segundo, de vasos profundos situados por baixo da conjunctiva, que são os da sclerotica.

Quando mesmo a côr não nos sirva para adquirir um gráo de certeza absoluta, podemos, deslizando a conjunctiva sobre o bulbo, vêr que umas vezes os vasos movem-se acompanhando a conjunctiva, e que em outros não soffrem abalo, verificando-se assim se a perturbação da circulação é devida á conjunctiva ou á iris.

Ainda póde-se confundir a irite com a inflammação da cornea, e se neste caso não podemos sómente pela injecção distingui-las, pois nas affecções profundas da cornea tambem tem logar a perturbação da circulação dos vasos scleroticaes, podemos no entretanto por meio da illuminação obliqua verificar se a cornea se acha transparente, polida e desprovida de rugosidades. Quando este phenomeno se dá, deprehende-se logo que a causa da perturbação circulatoria não provém de inflammação da cornea, mas da iris.

Concluindo, vemos que os dous signaes diagnosticos mais importantes são a injecção sub-conjunctival e as synechias.

# Prognostico

A irite, de todas as affecções oculares, é talvez aquella que sob a acção de um tratamento racional permitte um prognostico mais favoravel.

Se assim acontece quando a therapeutica é criteriosamente dirigida, o mesmo não tem logar quando esta não se acha de accordo com os sãos principios estabelecidos pela experimentação clinica.

Em consequencia da variedade de fórmas anatomicas de que se reveste esta entidade morbida, variedade que influe poderosamente no juizo previo que possamos formar acerca das circumstancias que modificam favoravel ou desfavoravelmente a irite em si mesma ou em sua duração, entendemos que para maior clareza de exposição devemos destacar o prognostico relativo a cada uma daquellas fórmas.

*Irite plastica.*—Relativamente ás outras fórmas admittidas, esta é a que se reveste de menor gravidade.

Quando se offerece á observação um caso de irite plastica em seu começo, embora os symptomas que apresenta se manifestem com caracter agudo, podemos formar um juizo muito favoravel, desde que ainda não se tenham estabelecido adherencias entre a borda da iris e a cristalloide anterior, ou, no caso de serem estas recentes, possam ser facilmente destruidas pela atropina. Nestas condições, a molestia cede rapidamente, sem consequencias que perturbem a integridade do globo ocular e da respectiva funcção.

Quando encontramos formadas numerosas adherencias resistentes á acção dos mydriaticos, menos favoravel é o nosso juizo, por isso que, sem o devido tratamento, e em consequencia

de posteriores accessos, dentro em pouco as synechias se formarão em toda a borda pupillar.

E bem grave se torna o diagnostico, si se estabelecem as synechias em todo o perimetro da pupilla, porquanto dahi resultam compromettimentos graves da nutrição do olho, manifestação de *irido-choroidite* e por fim a atrophia do globo ocular.

Occasiões ha em que os exsudatos collocam-se por diante da pupilla, determinando a sua occlusão. Si isto nenhuma influencia exerce sobre a nutrição do olho, o mesmo não se dá quanto ao seu funccionalismo, por isso que os exsudatos impedirão a passagem dos raios luminosos, obstaculo que só póde ser removido por meio de uma operação.

Admittem muitos ophthalmologistas que as synechias concorrem para a reproducção da irite plastica. Pensam outros, ao contrario, e entre estes o professor H. de Gouvêa, que só devemos attribuir a reincidencia desta fórma de irite a uma causa diathesica.

Para assim se exprimir, baseam-se os sectarios da causa diathesica das reincidencias em que muitos doentes apresentam numerosas synechias sem que nelles se observe a reincidencia; succedendo tambem que algumas vezes reincide a irite plastica sem que existam synechias.

Expondo factos identicos de sua clinica, tivemos occasião de ouvir do professor da cadeira de clinica ophthalmologica a affirmativa de que sempre conseguira debellar as reincidencias desta fórma de irite por meio de um tratamento de extincção.

*Irite serosa.* — O prognostico da irite serosa é, na maioria dos casos, apparentemente benigno. Si considerarmos porém, nas complicações que soem sobrevir durante a sua marcha, veremos que torna-se grave.

Com effeito. A pouca intensidade da injecção perikeratica, a ausencia de synechias, a cessação mais rapida nesta do que nas outras fórmas do estado inflammatorio sem deixar traços de sua passagem, a mais facil reparação do tecido da iris, todos estes factos concorrem para que formemos a respeito da terminação desta fórma da irite, um juizo favoravel.

Mas a par destas, outras circumstancias tornam o prognostico grave, como sejam: o accumulo de cellulas na zona de filtração do olho, produzindo fluctuações na pressão intra-ocular e consequentemente o glaucoma; as complicações de sclerose corneana e de sclero-choroidite anterior, devidas á infiltração cellular nas partes vizinhas da cornea e da sclerotica, e a tendencia a propagar-se ás partes profundas, determinando como consequencias *irido-choroidites e irido cyclites serosas*.

Casos ha, em menor numero, em que na realidade o prognostico da irite serosa é benigno. Assim devemos considerar quando observarmos uma simples imbibição serosa, um edema da iris com ligeira infiltração do seu trama e depositos raros sobre a membrana de Descemet, porquanto dentro em pouco será reabsorvido o producto seroso, tendo logar ao mesmo tempo a reabsorpção das cellulas a que se acha infiltrado o trama da iris, observando-se em seguida o desapparecimento do edema e da infiltração, e consequentemente a cura do doente.

Si, como vimos, gràve é o prognostico da irite serosa, em virtude das complicações a que dá origem, mais grave ainda não podemos deixar de julgal-o, quando o producto inflammatorio, de ordinario seroso, se manifesta com caracter fibroso, produzindo-se assim uma fórma mixta.

Neste caso observamos a formação de synechias, cujas consequencias, já por demais graves em si mesmas, vêm se

juntar ás complicações sobrevindas em razão da propria natureza da molestia.

Occorre mais algumas vezes que a infiltração da iris tem logar tão abundantemente que a iris se despedaça e o seu tecido participa do estado inflammatorio por proliferação. Em taes condições não podemos esperar obter, como nos casos simples, uma reparação completa do tecido affectado e devemos considerar grave o prognostico.

*Irite parenchymatosa.* — E' esta a fórma que offerece prognostico mais grave, e, para justifical-o, lembraremos que é nella que observamos a mais profunda alteração do tecido da iris.

Apezar disso, porém, attendendo ás varias gradações que póde apresentar a gravidade do mal, ainda podemos considerar mais ou menos grave o seu prognostico, conforme o caracter predominante em cada caso desta fórma de irite.

Assim, na irite suppurativa aguda, variedade da forma parenchymatosa em que a inflammação do tecido proprio é pouco activa e a infiltração cellular muito abundante, vemos em geral dissipar-se este estado, sem occasionar alteração do trama da iris. Indubitavelmente, dentre os casos em que o parenchyma da iris é compromettido pelo trabalho inflammatorio, este é o que se nos affigura menos grave, devendo tambem assim ser considerado o seu prognostico.

Cumpre desde já, no emtanto, resalvar o caso especial e pouco frequente em que a iris abceda-se e destroe-se simultaneamente com todo o globo ocular (Arlt), caso em que é gravissimo o prognostico.

Na irite gommosa caracterisada principalmente pela nucleação das cellulas da iris, observamos a degeneração dessas cellulas que são reabsorvidas, dando logar a uma perda de substancia do tecido proprio da iris. E' esta a variedade da

irite parenchymatosa em que mais pronunciadamente se dá a atrophia da iris, e por todos estes motivos aquella, cujo prognostico é mais grave.

## Marcha

A duração da irite depende do estado *agudo* ou *chronico* em que se acha a molestia.

Algumas vezes, no primeiro caso, mesmo sem a administração de medicamento algum, a irite, depois de attingir o gráo mais elevado de intensidade, desapparece no fim de 2 1/2 a 5 semanas; no segundo caso, si bem que o estado inflammatorio seja pouco pronunciado e pouco visivel, comtudo permanece durante mezes e mesmo annos.

No estado agudo, quando chega a inflammação da iris ao maior gráo de intensidade, si o doente não houver sido submettido a uma medicação racional, formar-se-hão rapidamente as synechias, que multiplicam-se a ponto de interceptar a communicação entre as camaras anterior e posterior; em consequencia disto os liquidos accumulam-se por detraz da iris, a qual, destendida, toma a fórma de funil. Dahi resulta o apparecimento de uma irido-choroidite, que por sua vez determina a atrophia do globo ocular.

Ao contrario, quando uma therapeutica conveniente é posta em pratica, a irite modifica-se promptamente, como não nos é dado mesmo observar em outra qualquer affecção ocular. Os symptomas se manifestam então com as seguintes modificações: a injecção conjunctival torna-se menos pronunciada e desapparece; a côr da iris torna-se normal; o humor aquoso e a cornea recuperam a sua transparencia e as synechias deixam de se estabelecer ou rompem-se, quando recentes e fracas, sob a

acção da atropina. Outras vezes, porém, este mydriatico applicado, quando as synechias se acham consolidadas, torna-se impotente.

Destruidas as adherencias, encontram-se na capsula traços de sua existencia representados por pequenos depositos pigmentares, sob a forma circular, mas que podem depois de algum tempo desapparecer completamente.

A marcha da irite depende muito da fórma de que se reveste a molestia, assim como das alterações motivadas por ella e existentes por occasião de ser iniciado o seu tratamento.

Assim a irite serosa, comquanto de marcha lenta e rebelde ao tratamento, desapparece muitas vezes sem deixar traços, e presta-se mais que qualquer das outras a uma reparação perfeita dos tecidos.

A fórma plastica, si bem que mais facil de ser debellada, deixa comtudo muitas vezes synechias e não se presta á perfeita reorganisação do tecido affectado.

A fórma parenchymatosa é a que deixa alterações mais graves e é raro terminar espontaneamente.

A irite serosa, quando complicada de symptomas de irite plastica, persiste por longo tempo, a menos que não seja empregado um tratamento muito energico e prolongado.

# ETIOLOGIA

Importante é o estudo das causas productoras do estado inflammatorio da membrana iris.

Dividem-se em causas predisponentes e determinantes.

No primeiro grupo acham-se: a idade, o sexo, a constituição e o temperamento.

As causas comprehendidas no segundo grupo subdividem-se em primitivas e secundarias: na primeira subdivisão incluimos as diatheses e na segunda os traumatismos e a influencia exercida sobre a iris pelo estado morbido das membranas vizinhas.

Passaremos em revista o valor de cada um desses elementos na constituição morbida da irite.

Causas predisponentes. — *Idade*. Si bem que possa se manifestar a irite em qualquer idade do individuo, desde os primeiros dias de sua vida extra-uterina até a velhice, comtudo é mais frequente dos vinte aos quarenta annos.

Na infancia a irite é primitiva ou secundaria.

No primeiro caso póde ser considerada, segundo os ophthalmologistas inglezes, como manifestação de syphilis hereditaria, o que é confirmado pelo apparecimento de symptomas caracteristicos, como *pemphigus* etc.

No segundo caso é considerada como consequencia da conjunctivite purulenta dos recemnascidos ou de uma inflammação das camadas profundas da cornea.

A observação nos ensina que a idade adulta é aquella em que com mais frequencia se manifesta a irite, o que encontra explicação na circumstancia de achar-se o individuo mais exposto á influencia das varias causas determinantes de que adiante fallaremos.

Considerando agora a velhice, cumpre reconhecer que se nenhuma influencia directa esta idade do homem exerce na manifestação da irite, indirectamente ella concorre para que se produza esse processo inflammatorio. Com effeito, é na velhice que se observa com mais frequencia a formação de cataracta, estado que reclama a pratica de uma operação da qual resulta algumas vezes a irite.

S*exo*.—Arlt, de Ammon, Ruette e de Hasner affirmam que a irite accommette mais frequentemente os individuos do sexo masculino. Apezar de ser da mesma opinião, de Wecker observa que nos individuos de idade inferior a 20 annos é mais frequente a irite nos do sexo feminino.

Attendendo a que a enfermaria da clinica official é unicamente destinada a individuos adultos do sexo masculino, impossivel nos é apresentar um estudo comparativo da frequencia da irite em cada um dos sexos e nas diversas idades.

*Constituição e temperamento.*— Como em toda a inflammação, são os individuos de constituição fraca e temperamento lymphatico aquelles que se achão mais predispostos á invasão da molestia, facto perfeitamente explicavel pela menor resistencia que offerece a iris á influencia das causas determinantes.

Causas determinantes.—*Primitivas.* Seguindo a classificação que adoptamos, em favor do methodo necessario em trabalhos deste genero, vamos entrar no estudo das diatheses que concorrem mais ou menos directamente para a producção da irite.

*Diathese syphilitica.* — E' facto geralmente sabido que a infecção syphilitica é frequentes vezes seguida de inflammações localisadas em differentes partes do corpo. Semelhantes phlegmasias ora apresentam uma fórma simples, ora hyperplasica, ora são caracterisadas por neoplasias cellulares denominadas *tumores gommosos*.

O globo ocular é uma das partes de preferencia affectadas por essas producções diversas, cuja séde mais habitual é a iris.

Acreditamos ficar assim claramente explicada a influencia da syphilis na manifestação da irite.

Para comprovar esta etiologia da irite, quando ella se manifesta sob a fórma de inflammação simples ou hyperplasica, não podemos nos utilisar de caracter algum apresentado por esta lesão. Já vimos que neste caso devemos dar toda a importancia a anamnese e ao exame do estado geral do doente.

O mesmo não acontece quando tratamos da inflammação da iris, a qual é caracterisada por neoplasias cellulares (*tumores gommosos*) e denominada *irite gommosa*, porque taes producções revelam a especificidade de affecção.

Por demais frequente é esta manifestação ocular da syphilis, e, se confrontarmos o numero dos affectados de irite attribuida ás varias causas admittidas, veremos que avulta o dos affectados de irite especifica.

Em verdade, os professores de Wecker e Landolt* observaram na sua clinica, em 100 individuos em que se manifestára a irite, 60 a 70 que apresentavam manifestações syphiliticas.

O Sr. Dr. Drognat Landré, em uma memoria que sobre a *irite syphilitica* publicou nos *Annales d'Occulistique* (1875), diz haver observado em 100 dos seus doentes 74, nos quaes

---

* *Traité d'Ophthalmologie.* Paris 1886 t. 2º pag. 299.

a natureza syphilitica da irite estava perfeitamente provada; em 20 % era incerta, por falta de dados, a syphilis, o que no emtanto era muito provavel, considerando os symptomas especiaes anteriores á irite ou coexistentes com a sua manifestação; que em 6 % não era possivel excluir a syphilis de um modo absoluto.

A irite syphilitica ou coincide com as manifestações secundarias da syphilis, apresentando na maioria dos casos a fórma plastica, ou manifesta-se posteriormente e no começo do periodo terciario, revestindo-se da fórma parenchymatosa (*irite gommosa*).

Diathese rheumatica.—Entre as causas da irite occupa esta diathese posição saliente, por isso que, segundo os professores de Wecker e Landolt, a quasi totalidade dos 30 a 40 % das irites reconhecidas como especificas são determinadas pela dyscrasia rheumatica.

A observação tem demonstrado que grande numero dos individuos accommettidos de irite chronica accusam dôres rheumaticas musculares ou articulares, e que como estas a irite rheumatica manifesta-se por accessos em consequencia das mesmas causas que o rheumatismo, o resfriamento, etc.

Como já ficou dito, a irite rheumatica não affecta uma fórma caracteristica, e, como para a irite de causa syphilitica, os autores em vão têm procurado descobrir symptomas proprios, que a caracterisem. Assim pretenderam considerar a nflammação exagerada do tecido episcleral, produzindo um a injecção pericorneana violacea, e o edema das palpebras como isignaes pathognomonicos. Comquanto tenham os autores observado a relação que existe entre a irite e o rheumatismo, comtudo ainda não puderam explicar a condição de depen. encia da irite em relação á dyscrasia rheumatica.

DIATHESES : ESCROPHULOSA, TUBERCULOSA E CANCEROSA.— Ad. Schimidt e Arlt ainda apresentam mais uma outra causa da irite—a escrophulose.

Acreditavam elles que uma irite serosa que se desenvolvesse em um individuo affectado de escrophulose, devia se referir a essa diathese; e attribuiam a essa causa o desenvolvimento da synechia posterior total com distensão e adherencia á cornea das partes periphericas da iris, terminando por atrophia ou hydrophthalmia do olho. De facto estas lesões são encontradas nos individuos fracos, cuja pelle se acha muito irritavel.

Mas, segundo a opinião dos professores de Wecker e Landolt, devemos antes attribuir esta irite serosa, de marcha lenta, com tendencia a deixar um exsudato se assestar entre as bordas da pupilla e a capsula, á syphilis hereditaria.

Em consequencia das dyscrasias tuberculosa e cancerosa tambem tem logar a inflammação da iris, mas sómente depois que todo o globo tem sido affectado.

CAUSAS DETERMINANTES.—*Secundarias*.—Sob esta denominação são grupadas as multiplas causas que determinam uma irritação intensa e prolongada da membrana iris.

*Causas traumaticas.*— Os traumatismos podem ser devidos: a corpos estranhos encravados na iris ou depositados na camara anterior, e a operações, com especialidade a de cataracta.

Como sabemos, todo o corpo estranho introduzido no trama de um tecido qualquer produz uma irritação e consecutivamente uma inflammação do tecido.

A iris sendo uma membrana dotada de um grande nu mero de vasos, mais do que nenhuma outra região do corpo, está apta para sob a acção desta causa manifestar a mesma hlegmasia.

O mesmo se dá em virtude do attrito produzido sobre a membrana iris pelo corpo estranho depositado na camara anterior.

Até bem pouco tempo, a suppuração produzida após as operações praticadas sobre o globo ocular determinava uma irritação da iris em consequencia da acção do pús sobre esta membrana, e este facto levava a admittir essas operações como causas da irite.

Hoje, porém, com os progressos da antisepsia applicada á cirurgia ocular, evitam os operadores a formação da irite naquellas circumstancias.

Se podemos por isso eliminar do quadro etiologico da irite uma das suas causas mais frequentes, no emtanto vemos permanecerem ainda, após a operação de cataracta, outras circumstancias que favorecem a manifestação daquelle estado phlegmasico.

Essas circumstancias são :

1.ª—Contusão e distensão que soffre a iris em consequencia da passagem de um cristallino de volume relativamente exagerado por uma ferida comparativamente estreita.

2.ª—Permanencia da capsula do cristallino ou de massas corticaes na camara anterior após a operação.

Vejamos como podemos approximadamente explicar a acção de cada uma destas ultimas causas.

1.ª A influencia da primeira circumstancia é comprovada pela observação clinica, que não nos fornece caso algum em que a passagem do cristallino por uma abertura sufficientemente larga determinasse a manifestação da irite.

Isto está de accordo com o que tivemos occasião de observar na clinica ophthalmologica da Faculdade.

A irite devida a esta circumstancia é pouco intensa; manifesta-se no segundo dia depois da operação, cede ao emprego

de algumas instillações de atropina e deixa como consequencia apenas a adherencia da iris com a capsula, o que é reconhecido pela ausencia do *tremblottement*, movimento particular que apresenta a iris do operado de cataracta.

2.ª Permanecendo na camara anterior a capsula do cristallino ou massas corticaes, não só actuam como corpos estranhos, mas tambem modificam a composição chimica do humor aquoso. Dahi resulta um estado inflammatorio muito mais grave do que o produzido pela contusão e distensão consecutivas á extracção da cataracta.

Concorrem para a aggravação da irite, neste caso, a adherencia da iris á capsula do cristallino e as que se formam entre as bordas da pupilla, podendo mesmo ser abolida a visão em consequencia dessas adherencias.

*Estado morbido das membranas vizinhas.*—A relação intima que existe entre os tecidos e vasos da choroide e da iris, e a proximidade em que esta se acha da cornea, influem poderosamente para que se manifeste a irite, quando aquellas membranas são séde de estados morbidos.

A inflammação da cornea póde algumas vezes transmittir-se á iris, quando muito intensa e principalmente quando são affectadas as partes profundas da membrana.

Assim é que, na maioria dos casos de keratite parenchymatosa grave, a iris participa da inflammação, manifestando-se sob a fórma serosa; mas esta complicação deixa algumas vezes de ser percebida em consequencia do turvor geral da transparencia da cornea.

Um outro processo inflammatorio que póde complicar-se de irite é o das partes anteriores da choroide, sendo, porém, mais geralmente esta choroidite determinada pela inflammação da iris.

Não devemos omittir aqui a influencia sympathica.

E' por esse modo que se explica o apparecimento da irite em um olho, quando o outro soffreu um traumatismo ou se a inflammação é entretida pela existencia de um corpo estranho neste olho.

Emfim, assim como a irite póde determinar uma choroidite ou cyclite pela tracção que soffrem estas partes em algumas das fórmas da irite, a iris póde igualmente ser irritada por racção exercida pelos exsudatos da choroide, pelo descollamento do corpo vitreo e da retina.

# TRATAMENTO

O tratamento desta affecção depende de circumstancias multiplas, representadas principalmente pelas causas que a determinam.

Como em todo estado inflammatorio, existe na inflammação da iris uma indicação que deve ser immediatamente posta em pratica, qualquer que tenha sido a sua causa, e vem a ser o repouso do orgão affectado.

No caso vertente não podemos por influxo da vontade fazer cessar os movimentos da iris, pois, em razão da maior ou menor intensidade de luz, ella contrahe-se ou dilata-se, sem que o individuo possa dominal-a.

Cumpre, portanto, empregar uma substancia que goze da propriedade de paralysar os movimentos da iris. Com este intuito recorremos aos mydriaticos, medicamentos que além do repouso que proporcionam áquella membrana, em virtude da sua acção paralysante sobre o sphincter pupillar, possuem ainda duas outras propriedades, ambas importantes e utilisadas com vantagem no tratamento da irite.

E' assim que, em consequencia da sua acção dilatadora da pupilla, affasta as bordas da iris do ponto em que se acham em contacto com o equador do cristallino, desta sorte impedindo a formação de adherencias entre estes dous orgãos.

Ainda é utilisada esta acção dos mydriaticos com o fim de destruir as synechias já formadas.

Outra propriedade é aquella, em virtude da qual os mydriaticos diminuem a hyperemia da iris pela sua acção constrictora sobre as fibras musculares dos vasos desta membrana e dos da região ciliar.

A congestão, não sendo mais do que a exaltação da pressão nos vasos capillares com dilatação destes, o emprego das substancias que diminuem a mesma pressão constitue racional indicação em todos os estados morbidos caracterisados por este symptoma. E os mydriaticos estão neste caso em relação a irite.

O emprego dos mydriaticos, comquanto seja a primeira indicação, comtudo não deve ser feito sem que primeiro verifiquemos não haver augmento da tensão do globo ocular ou rigeza da sclerotica, porquanto podem nestas condições determinar a producção de um processo glaucomatoso.

Dentre os mydriaticos o que maiores vantagens offerece, e como tal é de uso mais frequente na pratica ophthalmologica, é a *atropina*, principio activo da *Atropa belladona* e de outras especies do mesmo genero.

A atropina, applicada sobre o globo ocular, actua quasi instantaneamente em consequencia da organização da cornea, que, nutrindo-se por imbibição, é extremamente permeavel ás substancias dissolvidas, e permitte em poucos segundos a endosmose de uma parte do agente mydriatico.

Este facto da endosmose rapida foi comprovado por experiencias physiologicas de Gosselin, Donders e de Graef, que, após instillações feitas com uma solução de atropina no olho de um coelho, retiraram da camara anterior poucos momentos depois por meio de uma seringa de anel uma porção do mydriatico capaz de dilatar uma outra pupilla.

Mas algumas vezes sobrevêm certas circumstancias que impedem a endosmose e, portanto que a solução do mydriatico seja absorvida pelo olho e vá por-se em contacto com a iris.

E' assim que, em consequencia da infiltração da iris e do seu entumescimento, ainda que a solução de atropina exista na camara anterior, a iris não póde facilmente absorvel-a.

Outras vezes a solução nem póde chegar á camara anterior por causa do augmento de tensão do globo ocular, e ainda em outras occasiões deixa de ser absorvida por ser expellida do sacco conjunctival pela hypersecreção lacrymal.

Aconselham neste ultimo caso o emprego do mydriatico sob a fórma de pommada com vaselina, pela razão de que demoram assim por mais tempo estas substancias em contacto com a cornea e a absorpção póde dar-se apezar das lagrimas.

A fórma pharmaceutica sob a qual mais geralmente é a atropina empregada, e que offerece maiores vantagens, é a solução, que póde ser formulada do seguinte modo:

| | |
|---|---|
| Agua distillada................ | 30 grámmas |
| Acido borico................... | 12 decigr. |
| Sulfato neutro de atropina....... | 3 decigr. |

Póde ser esta solução empregada em maior ou menor numero de instillações, conforme a intensidade da molestia, a existencia ou não das synechias e a maior ou menor resistencia á absorpção.

Esta solução, assim formulada, é forte e o clinico só deve fazer uso della, quando é o proprio a administral-a.

Quando, porém, é necessario que o doente faça uso deste medicamento em seu domicilio, e repetidas vezes, devemos prescrevel-o na seguinte proporção:

| | |
|---|---|
| Agua distillada................ | 30 grammas |
| Acido borico.................. | 12 decigr. |
| Sulfato neutro de atropina....... | 1 decigr. |

Quando a iris está engorgitada de exsudatos e infiltrada de cellulas, condição em que é difficil a absorpção do mydriatico, e a iris tem contrahido adherencias com o cristallino, devemos recommendar ao doente ou ao enfermeiro que o collyrio seja instillado muitas vezes durante o dia, de 2 em 2 horas. Cumpre, porém, premunir o doente contra os accidentes toxicos que se podem produzir pela absorpção que tem logar pela mucosa do canal nasal e das fossas nasaes. E' assim que devemos prevenil-o que suspenda a applicação logo que se manifeste seccura da garganta, dysphagia, etc.

Para obviar estes inconvenientes aconselhão os autores a compressão do sacco lacrymal no momento da instillação, o que o proprio doente póde fazer com a polpa do dedo.

Quando as synechias são muito resistentes, conseguimos romper estas adherencias sómente pela distensão continua que soffre a iris, em virtude do emprego prolongado do mydriatico.

Alguns aconselhão para ober este resultado fazer uso alternadamente da atropina e da ezerina, evitando comtudo empregar esta ultima em uma época proxima da irite, porque o emprego dos myoticos poderia de novo dar logar a inflammação da iris.

A experiencia tem demonstrado que esta applicação alternada dos dous medicamentos não offerece grandes vantagens, e que é preferivel o emprego prolongado dos mydriaticos, quando convenientemente applicados.

Varias são as desvantagens attribuidas ao uso dessa classe de medicamentos ; a unica, porém, que se nos affigura de valor é a producção de accessos glaucomatosos, dado o caso de

augmento de tensão intra ocular ou de alteração senil da escle. rotica.

E' assim que accusão os mydriaticos de determinarem uma dilatação pupillar permanente, observada, porém, sómente, ou quando existe atrophia da iris ou nos casos de irite plastica, em que o estabelecimento das synechias se faz emquanto perdura a acção mydriatica.

Do emprego da atropina resulta um inconveniente, que consiste na producção de uma conjunctivite follicular, em consequencia da formação de mucedineas na solução daquelle alcaloide. Mas semelhante desvantagem é obviada, desde que tornemos aseptica a solução de atropina na agua distillada pela addição de 4 °/₀ de acido borico.

E' por observar esta precaução aconselhada por Max Kroener que tem conseguido o professor H. de Gouvêa evitar em sua clinica a formação de catarrhos folliculares, de ordinario consecutivos ao uso prolongado da solução de atropina. Já a este facto se referio o actual adjunto da clinica ophthalmologica, o Sr. Dr. Pereira da Cunha, em sua these inaugural, publicada em 1883.

Desde então até hoje, periodo durante o qual temos acompanhado a clinica ophthalmologica da Faculdade, não observamos caso algum em que do uso da solução de atropina resultasse a formação de catarrhos folliculares.

Alguns autores, attendendo ao inconveniente indicado, propoem a substituição da atropina por outros medicamentos de acção analoga, dentre os quaes sobresahe a *Duboisina*, principio activo extrahido de uma solanea de origem australiana, a *Duboisia myoporoides*. A sua acção local sobre os olhos é comparavel, segundo Landenburgo, á da *hyoscyamina*. A *duboisina* tem a propriedade de determinar a mydriase mais rapidamente que a atropina, mas é muito menos energica, o que é

comprovado pela menor persistencia de sua acção comparativamente á de sua congenere.

Outra substancia de acção synergica da atropina é a *homatropina*, producto artificial obtido tratando os saes de tropina pelo acido chlorhydrico. A sua acção mydriatica é, porém, muito menos prolongada do que a da atropina*.

Attendidas por meio dos mydriaticos as tres indicações que offerece a irite e a que já nos referimos, cumpre collocar o doente em condições hygienicas convenientes e necessarias, para que se torne menos prolongado o seu tratamento.

E' com esse fim que deve ser aconselhada a permanencia do doente em um aposento ao abrigo da luz e das variações atmosphericas.

E' intuitivo que o esforço empregado pela iris sob a acção da luz para contrahir-se seria contrario á necessidade de conservar em completo repouso aquelle orgão affectado. Igualmente prejudicial seria a exposição do doente á acção do frio, do que resultariam repercussões congestivas e phlogoticas para a iris.

Caracterisando-se o estado inflammatorio da iris por uma congestão deste orgão e dos vizinhos, acham-se perfeitamente indicados os meios que têm por fim diminuir a tensão vascular.

Como taes, são aconselhados por alguns as depleções sanguineas por meio de sangrias ou de sanguesugas applicadas nas temporas, na mucosa nasal, como recommenda Desmarres, e mesmo no globo ocular. Mas acontece que, quando as sanguesugas são applicadas na mucosa nasal, podem determinar

---

* Depois de haver sido apresentado á Faculdade este trabalho, recebemos o 2º numero da *Revista Pharmaceutica*, do mez de Setembro, onde á pag. 35, lemos a seguinte noticia extractada da *The Therapeutic Gazette*:

« Segundo experiencias feitas pelo Dr. Pierd Hony com a *Scopolina*, alcaloide ha pouco descoberto na *Scopodia Japonica*, ficou verificado ser a sua acção sobre a pupilla mais accentuada e persistente do que a da atropina, e de tal modo que ao 3º dia depois da instillação, a pupilla acha-se mais dilatada do que quando se applica a atropina. A *scopolina* parece não ter nenhuma acção irritante sobre a conjunctiva.»

hemorrhagias difficeis de jugular, e, quando no globo do olho, podem occasionar o descollamento da retina.

Quer seja empregado como descongestionante, quer como calmante, poucos são os beneficios que resultam do emprego de semelhante recurso therapeutico.

Relativamente de maior importancia é o serviço que com este ultimo fim prestam externamente as fricções com o unguento napolitano belladonado, as fomentações quentes e a applicação de compressas imbibidas em infusão de flôres de camomilla; e internamente —os opiaceos, o chloral, e, em injecções subcutaneas, a morphina, medicamentos que além de acalmar as dôres proporcionam um somno tranquillo.

Em alguns casos, porém, acontece que a tensão do olho augmenta, o humor aquoso se turva, fórma-se um hypopion e o doente é atormentado por dôres insupportaveis que não conseguimos acalmar por nenhum daquelles meios. Deve então ser praticada a paracentese da camara anterior, recurso que proporciona ao doente grande allivio.

O descongestionamento dos vasos da iris póde ser obtido tambem por meio dos excitantes das secreções. E' assim que com grande proveito são applicados os purgativos, os sudorificos e diureticos.

Dá-se nos casos de irite aguda o apparecimento de um exsudato plastico que offerece racional indicação para o emprego dos alterantes, de entre os quaes destacaremos os mercuriaes, que, além dessa mesma acção alterante, actua contra a syphilis, causa frequente da irite.

Expostos de modo perfunctorio os recursos de que póde dispor o clinico, afim de satisfazer as indicações geraes de todas as modalidades da irite, passemos a considerar as varias fórmas desta affecção sob o ponto de vista do seu tratamento.

Irite plastica.—Além das indicações geraes, cumpre

nesta fórma attender á necessidade de favorecer a reabsorpção dos exsudatos depositados na camara anterior.

Tal é o fim que vem preencher o emprego não só dos alterantes representados pelos mercuriaes e pelo iodureto de potassio, como tambem dos derivativos, medicação satisfeita por meio dos purgativos salinos administrados amiudadamente, dos sudorificos e dos diureticos.

Com excepção do caso em que a irite plastica é devida a uma causa traumatica, podemos seguir o tratamento que acabamos de mencionar, qualquer que seja a causa desta fórma da irite— isto é, quer seja devida á diathese syphilitica, rheumatica, ou outra qualquer.

O emprego mais ou menos energico de toda a medicação a que temos alludido depende da maior ou menor gravidade de que se revista a irite. Quando a irite plastica se manifesta pouco intensa, vemos que ella cede facilmente pelo emprego destes meios geraes auxiliados pelo do iodureto de potassio e fracas dóses de sublimado — Na clinica tivemos occasião de presenciar alguns casos, em que sob a acção deste tratamento todos os symptomas cedião rapidamente.

O iodureto de potassio é applicado segundo a seguinte fórmula:

Infusão de lupulo ou genciana... 100 grammas.
Iodureto de potassio........... 2 grammas.
Para tomar em 2 dóses.

Quotidianamente é augmentado de 1 decigramma a dóse de iodureto até attingir a 3 grammas, nos casos simples; porém, quando manifesta-se mais pronunciada a irite, podemos empregar até 5 grammas de iodureto de potassio diariamente.

O sublimado nestes casos benignos era applicado sob a fórma pilular do seguinte modo:

Sublimado corrosivo...... 3 decigrammas.
Extracto de meimendro..... 15 centigrammas.
Extracto de alcaçus......... q. b.
Dividir em 30 pilulas.
Tomar de 2 a 3 por dia.

Nos casos, porem, em que a inflammação é muito pronunciada, em que a dôr é insupportavel, prescreveremos os sudorificos sob a fórma de injecção hypodermica de pilocarpina, e applicaremos os mercuriaes por meio de fricções de unguento napolitano.

E' assim que mandaremos que o doente com a sua propria mão faça fricções 4 vezes por dia, sendo de cada vez em cada um dos membros (pernas e braços), com:

Unguento napolitano.............. 30 grammas

Divida em 15 papeis iguaes; cada uma destas partes deve conter 2 grammas do unguento, que deve ser applicado pelo modo e na dóse que acima indicamos.

Concomittantemente com esta prescripção deve ser indicado aos doentes o uso de um collutorio de chlorato de potassio para impedir o apparecimento de stomatite, o que porém nem sempre conseguimos evitar.

Em alguns casos convém provocar a stomatite, afim de utilisar o seu effeito revulsivo em ordem a fazer cessar uma exsudação plastica muito abundante.

Ainda que a irite plastica não seja devida á diathese syphilitica, é efficaz o emprego dos mercuriaes em taes condições, operando-se rapidamente a reabsorpção dos exsudatos e sensivel diminuição do estado inflammatorio.

Algumas modificações soffre o tratamento da irite plastica, quando esta tem por causa um traumatismo.

Diversas são as causas productoras da irite traumatica, a saber:

1.ª A contusão do globo ocular;

2.ª Penetração de um corpo estranho na camara anterior ou encravamento na iris;

3.ª A extracção de cataracta;

4.ª Entumescimento do cristallino após um traumatismo;

5.ª Prolapso parcial da iris em consequencia de ulcera perfurante da cornea.

A primeira indicação fornecida por este estado é a suppressão da causa que o determinou.

Quando a irite traumatica é provocada pela contusão do globo ocular, podemos dominar a inflammação por meio de instillações de atropina, de uma injecção hypodermica de chlorhydrato de morphina a 1 °/₀ e recommendar ao doente repouso absoluto e dieta rigorosa.

Quando o traumatismo é dependente da penetração de um corpo estranho no globo ocular, o nosso primeiro cuidado deve ser praticar com uma faca de Graefe a abertura da camara anterior, donde com uma pinça ou uma cureta de Daviel extrahiremos o corpo estranho.

Algumas vezes, achando-se o corpo estranho encravado profundamente no tecido da iris, inutil seria o emprego da pinça ou da cureta, e então somos obrigado a junctamente com o corpo estranho retirar uma dobra da iris correspondente ao ponto em que se acha depositado aquelle corpo.

A irite traumatica que sobrevem consecutivamente á extracção de cataracta tem causas variaveis, das quaes depende a diversidade dos meios empregados. Quando resulta do traumatismo determinado pela passagem do nucleo cristalliniano por uma abertura relativamente pequena, o estado inflammatorio se manifesta pouco intenso e cede sob a acção daquelles mesmos meios therapeuticos. Quando se deriva da

permanencia de massas corticaes e da capsula do cristallino na camara anterior, depois da operação de cataracta, observamos a producção de uma verdadeira exsudação plastica seguida de agglutinação das bordas da iris á capsula, phenomenos estes que reclamam uma medicação muito mais energica.

Recorreremos em taes casos á mesma medicação já aconselhada, quando tem logar uma irite plastica de caracter grave, devendo, porém, algumas vezes, antes de pôr em pratica estes meios, mesmo durante o estado inflammatorio, praticar a iridectomia e a expulsão da capsula do cr istallino e das massas corticaes.

O que geralmente é observado depois desta operação é que as dôres acalmão-se completamente e os symptomas inflammatorios cedem com muita rapidez.

Ainda que nenhuma destas circumstancias concorra para a producção da irite traumatica, nos individuos anemicos e de constituição debil manifesta-se este estado após a operação de cataracta. O caracter predominante da irite nestes casos é a formação de cellulas de pús e tendencia a communicar á choroide esse estado inflammatorio. Apezar disso, em consequencia do depauperamento geral do doente, não podemos em casos semelhantes empregar os antiphlogisticos, que nenhum resultado dão e, ao contrario, contribuem para enfraquecer o doente e accelerar, portanto, os progressos da molestia. Cumpre, á vista do que fica dito, empregar uma medicação inteiramente opposta, que auxilie o organismo a luctar contra o mal. Empregaremos os tonicos, as duchas de vapor quente sobre o globo ocular ou compressas imbebidas de infusão de camomilla ou mesmo de uma solução de 4 % de acido borico em uma temperatura moderada.

Quando a manifestação da irite é determinada pelo

entumescimento do cristallino após um traumatismo do globo ocular, devemos procurar debellar a inflammação pela extracção do cristallino, sendo de toda a vantagem que o seja pelo processo linear modificado. De facto, a operação por este processo, além de possuir a propriedade de, pela abertura da camara anterior, alliviar o globo ocular da forte tensão determinada pelo entumescimento do nucleo do cristallino, e de retirar a causa da inflammação, offerece mais a vantagem de proporcionar uma emissão sanguinea local por meio da secção da iris, o que constitue condição obrigatoria no referido processo.

Como vimos a irite traumatica póde ser determinada pelo prolapso parcial da iris consecutivamente a uma ulcera perfurante da cornea.

O primeiro cuidado do clinico deverá ser praticar a excisão de toda a parte da iris que faz saliencia para o exterior. Em consequencia desta operação, desapparecem quasi immediatamente a inflammação e os symptomas de irritação, que se manifestam tão intensos nos individuos fracos e irritaveis que chegam a produzir vomitos.

Além do recurso operatorio, não deverá ser olvidado o emprego dos mydriaticos e dos meios hygienicos já aconselhados.

*Irite serosa.*—Evitar a manifestação das complicações que costumam sobrevir durante a marcha desta fórma da irite, eis o primeiro dever do clinico.

Si bem que por um lado nesta fórma não tenhamos a temer a formação de synechias e por isso não seja necessario empregar a atropina tão energicamente como nas outras fórmas, devemos comtudo applicar esse mydriatico, afim de paralysar a iris, acção sempre benefica em todo estado inflammatorio desta membrana.

Cumpre ainda ser cauteloso no emprego da atropina, suspendendo a sua applicação sempre que fôr observado augmento

de tensão ocular, afim de impedir o apparecimento do glaucoma.

Vem a proposito aconselhar aqui os mesmos meios hygienicos indicados por occasião de estudar o tratamento da *irite plastica*.

Sendo a diathese rheumatica a causa mais frequente desta fórma, devemos principalmente evitar que o doente soffra a acção do resfriamente, que, como é sabido, produz a aggravação de todos os estados rheumaticos.

A pouca intensidade das manifestações congestivas não exige a applicação dos antiphlogisticos, mas devemos considerar o augmento de secreção do humor aquoso e a infiltração cellular como indicações que reclamam de preferencia o emprego dos derivativos, taes como os sudorificos, os purgativos repetidos e os diureticos.

Dentre os sudorificos aconselharemos as injecções com 2 a 4 gottas de chlorhydrato de pilocarpina ($0^{gr},20$ : $2^{gr},00$ de agua distillada), a tisana de Zittmann e o salicylato de sodio.

Por demais vantajosa é a preferencia dada á pilocarpina, por isso que, além da sudação que provoca, determina a sialorrhea e a diurese, triplice acção derivativa que nenhum outro medicamento possue.

Quando fôr reconhecida na irite serosa alguma manifestação da diathese syphilitica, convirá administrar, juntamente com os mercuriaes e o iodureto de potassio, a tisana de Zittmann.

Quanto aos mercuriaes empregaremos : o xarope de Gibert na dóse de 1 a 2 colhéres das de sopa por dia, as pilulas de sublimado, cuja formula já mencionámos, na dóse de 2 a 3 por dia, e as injecções hypodermicas, ultimamente tão preconisadas, de peptonato de mercurio.

Acerca do emprego dos preparados de mercurio, em injecções hypodermicas, no tratamento das manifestações oculares da syphilis, não podemos deixar de trasladar para aqui as considerações feitas pelo nosso illustrado mestre, o professor H. de Gouvêa, em um artigo publicado na *Revista dos Cursos Praticos e Theoricos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* (2º anno, 2º numero, Dezembro de 1885).

« O methodo endermico do emprego dos mercuriaes, iniciado pelo professor Lewin, no tratamento da syphilis, seria incontestavelmente o preferido por todos os praticos pela promptidão de sua efficacia, se não occorressem com frequencia accidentes locaes de certa importancia, ligados á acção topica e irritante das soluções mais fracas, que se podem empregar com vantagem. Para obviar a esses inconvenientes, recorreu-se ora ao albuminato, ora ao peptonato, ao cyanureto, ao formiato de mercurio, associando-lhes ou não em certas proporções a glycerina; o que, tendo attenuado bastante a acção irritante, não eliminou os accidentes inflammatorios, precedidos de dôr mais ou menos intensa e duradoura.

« Desde as minhas primeiras observações sobre a cocaina imaginei corrigir os accidentes ligados á irritação produzida, já pelo cyanureto, já pelo peptonato de mercurio, que emprego com mais frequencia nas manifestações oculares da syphilis, associando ás simples soluções desses saes em agua distillada nas proporções de 5 milligrammas a 1 centigramma para cada gramma de agua, 1 a 2 centigrammas de chlorhydrato de cocaina. Nessas proporções tenho obtido não só tornar essas injecções completamente indolores, como evitar os accidentes inflammatorios, não já de graves suppurações, mas mesmo de formação de nodulos, mais ou menos sensiveis.

« Entre diversos doentes a quem tem aproveitado esta associação está um distincto negociante desta praça, que soffreu

tanto com as injecções de peptonato, feitas em Paris pelo illustre de Wecker, que nem queria ouvir fallar em taes applicações, e a muito custo prestou-se a ellas, sendo que hoje prefere-as ás fricções mercuriaes!

« A associação da cocaina influe beneficamente ainda, evitando, tanto quanto tenho observado, a formação de nodulos sensiveis de que acima fallei. Devo observar que depois que associei a cocaina ás injecções de peptonato, supprimi da formula, por desnecessaria, a glycerina.

« Eis as formulas que tenho empregado :

N. 1.

| | |
|---|---|
| Agua distillada...................... | 10 grammas |
| Peptonato de mercurio.............. | 5 centigrammas. |
| Chlorhydrato de cocaina............ | 10 centigrammas. |

N. 2.

| | |
|---|---|
| Agua distillada...................... | 10 grammas. |
| Peptonato de mercurio.............. | 1 decigramma. |
| Chlorhydrato de cocaina............ | 2 decigrammas. |

« Para dez injecções nas nadegas, sendo uma diariamente.

« Convém observar que não se deve elevar a dóse da cocaina muito além do maximo acima indicado, porquanto mesmo na dóse de dous centigrammas já tenho visto sobrevirem tonteiras, ainda que leves e de pouca duração.»

O iodureto de potassio empregaremos nas dóses indicadas no tratamento da irite plastica ; e a decocção de Zittmann na dóse de 500 grammas, simples ou diluida em igual quantidade de agua quente.

Em consequencia de hypersecreção do humor aquoso e do augmento de tensão intra-ocular que observámos na irite serosa, manifestam-se dôres muito violentas que reclamam o

emprego das injecções de chlorhydrato de morphina feitas com meia seringa de uma solução a 2 %, as compressas quentes e, si a tensão intra-ocular se acha notavelmente augmentada devemos recorrer á iridectomia, ou á sclerotomia, sendo a pratica de qualquer destas operações de grande vantagem.

Quando durante a marcha da irite serosa manifestam-se complicações de natureza plastica, devemos attender á indicação que taes complicações offerece em relação ao emprego do respectivo tratamento, não devendo, comtudo, perder de vista a tensão do globo ocular e o estado do campo visual, afim de intervir por meio do mais adequado processo operatorio —a iridectomia, logo que se manifestem os primeiros symptomas de glaucoma.

*Irite parenchymatosa.*— Por isso que é esta a fórma que offerece maior gravidade, é tambem a que exige da parte do clinico a mais séria attenção e a applicação energica de recursos de efficacia comprovada pela pratica.

Nesta mais do que em qualquer das outras fórmas de irite, deve ser aconselhada ao doente a observancia rigorosa dos preceitos hygienicos apontados no tratamento geral.

Como vimos, a causa mais frequente da irite parenchymatosa é a diathese syphilitica, o que só por si determina o tratamento mercurial, máo grado a opinião contraria dos antimercurialistas que preferem uma medicação a nosso vêr menos energica.

Ainda mesmo nos casos raros em que esta modalidade da irite não tem por origem aquella diathese, convem o tratamento mercurial que, como anti-plastico, actua contra a hypergenese dos elementos do tecido cellular devida á irritação inflammatoria, produzindo ao mesmo tempo a reabsorpção da infiltração cellular de nova formação.

Devemos dar preferencia ás fricções mercuriaes no

periodo agudo da molestia com o fim de ser aproveitada a sua acção anti-plastica contra a abundante proliferação cellular, acção devida principalmente á stomatite que resulta do emprego dos mercuriaes por este meio.

Simultaneamente com as fricções mercuriaes devemos prescrever o uso do iodureto de potassio em xarope de cascas de laranjas amargas, ou em infusão de genciana na dóse de 2 grammas, que augmentar-se-ha diariamente de 1 decigramma até attingir a dóse de 5 a 6 grammas por dia. Associaremos a esse mesmo tratamento o uso de injecções de chlorhydrato de pilocarpina e a tisana de Zittmann, nas mesmas dóses já indicadas.

Quando observamos uma exsudação intensa que torna imminente a occlusão pupillar ou no caso de grande desenvolvimento das gommas na iris, devemos tentar a excisão de uma parte desta membrana, e de preferencia a que nos parecer mais affectada, si bem que nem sempre seja efficaz a adopção deste recurso.

Perseverar no tratamento diathesico, mesmo depois da cessação completa dos symptomas inflammatorios, e com criterio dirigir a restauração radical do organismo, deve ser a preoccupação do clinico, em ordem a evitar a reincidencia tão commum, desde que persista a diathese.

Com semelhante intuito deve ser prescripto um tratamento a um tempo hygienico e therapeutico.

Assim, como medidas hygienicas, aconselharemos os passeios ao ar livre e a localidades de clima temperado, a proscripção das bebidas alcoolicas e dos excitantes, o uso de alimentos que forneçam a mais completa nutrição.

Deve consistir a medicação no emprego dos preparados ferruginosos e mercuriaes, convindo, quanto a estes, distinguir dous casos :

1.º Emquanto puder estar o doente sob as vistas do clinico, será preferivel a applicação das injecções sub-cutaneas com o peptonato de mercurio.

2.º Desde, porém, que o doente por qualquer circumstancia não puder ser observado frequentemente pelo clinico, de preferencia serão prescriptas as pilulas de sublimado corrosivo, ou o xarope de Gibert, quando fôr conveniente associar ao tratamento mercurial o iodureto de potassio.

—

Eis quanto nos occorre dizer sobre o assumpto da nossa dissertação.

Com o fim de corroborar as asserções que emittimos no correr deste trabalho, apresentamos em seguida algumas observações colhidas na enfermaria de clinica ophthalmologica da Faculdade, a cargo do resptivo professor, o Sr. Dr. H. de Gouvêa.

## PRIMEIRA OBSERVAÇÃO

Manoel Rodrigues Crespo, branco, 25 annos, portuguez, sapateiro, residente na Parahyba do Sul, entrou para a enfermaria de clinica ophthalmologica a 4 de Agosto de 1885,sendo inscripto no registro das observações sob o n. 60.

*Anamnese e symptomas subjectivos.* — Refere achar-se doente ha um mez e accusa antecedentes syphiliticos que datam de um anno.

Apresenta alopecia, dependente da mesma diathese.

*Conjunctiva.*—A conjunctiva das palpebras nada apresenta de anormal; a conjunctiva bulbar do olho esquerdo apresenta injecção sub conjunctival.

*Globo*.—Tensão normal.

*Cornea*.—Completamente transparente e lisa.

*Camara anterior*.—Desprovida de exsudatos.

*Pupilla e iris*. — A pupilla do olho esquerdo se acha estreita e de côr acinzentada. A iris reage fracamente á luz e acha-se adherente ao cristallino.

*Cristallino*.—Apresenta deposito exsudativo e pigmentoso em fórma semi-circular de onde romperam-se as adherencias iridicas.

*Visão e refracção*. { A. O. V.=1<br>O. D. V.=1<br>O. E. V.=2/3; + e— não modificam.

*Diagnostico*.—Irite incipiente do olho esquerdo.

*Marcha e tratamento*.—4 de Agosto. — Foi prescripto :

| | |
|---|---|
| Agua distillada............... | 10 grammas. |
| Acido borico................... | 4 centigrammas |
| Sulphato neutro de atropina.... | 1 decigramma. |
| Chlorhydrato de cocaina....... | 2 decigrammas. |

Em instillações duas vezes por dia.

| | |
|---|---|
| Unguento napolitano......... | 30 grammas |

Divida em 15 partes iguaes.—Friccionar quatro partes por dia (uma de duas em duas horas) nas pernas e nos braços.

| | |
|---|---|
| Agua distillada.............. | 400 grammas. |
| Chlorato de potassio.......... | 10 grammas. |

Para lavar a bocca quatro ou cinco vezes por dia.

| | |
|---|---|
| Agua distillada.............. | 2 grammas. |
| Chlorhydrato de pilocarpina... | 2 decigrammas. |

Em injecções hypodermicas—injectar quatro gottas por dia.

10 de Agosto.—Está inteiramente restabelecido da irite; no campo pupillar persistem ainda residuos pigmentados semicirculares.

Suspende-se todo o tratamento e fica em observação.

— 16 de Agosto—Teve alta restabelecido.

## SEGUNDA OBSERVAÇÃO

Joaquim Luiz de Souza, branco, 39 annos, portuguez, cozinheiro, residente na rua de S. Francisco Xavier, entrou para a enfermaria da clinica ophthalmologica a 20 de Agosto de 1885, sendo inscripto no registro das observações sob o n. 66.

*Anamnese e symptomas subjectivos.*—Refere estar doente dos olhos ha 15 dias e ter contrahido ha cerca de um mez um cancro infectante, que ainda acha-se incompletamente cicatrizado.

Tem o corpo e principalmente a face e o thorax coberto de syphilides. Queixa-se de dôres ciliares, principalmente á noite, em que são muito mais intensas.

*Palpebra e conjunctiva.*—Injecção sub conjunctival intensa do bulbo de ambos os olhos.

*Globo.*—Tensão normal.

*Cornea.*—Transparente e lisa.

*Pupilla e iris.*—Pupilla regular e dilatada no olho direito, e irregular com synechias posteriores no olho esquerdo.

*Cristallino.*— Normal.

*Visão e refracção* { A. O. V=1<br>O. D. V=1<br>O. E. V=1/6

*Diagnostico.*—Irite syphilitica de ambos os olhos.

*Marcha e tratamento.*—20 de Agosto. Foi prescripto collyrio de atropina e cocaina e injecções subcutaneas de :

| | |
|---|---|
| Agua distillada........... | 30 grammas |
| Glycerina................ | 10 » |
| Peptonato de mercurio.... | 2 decigrammas |

Injectar por dia uma seringa (5 milligrammas de peptonato de mercurio).

24.—Foi prescripto :

| | |
|---|---|
| Infusão de lupulo........ | 100 grammas |
| Iodureto de potassio...... | 2 » |

T. em 2 dóses.—Repetir diariamente a mesma poção.

1° de Setembro.—A irite modificada sensivelmente; a injecção sub conjunctival muito reduzida; ainda notam-se algumas synechias no olho esquerdo, as do olho direito romperam-se todas. A erupção cutanea tem-se modificado muito. Accusa algumas dôres no olho esquerdo. Continua com o collyrio de atropina e cocaina, injecção de peptonato e poção de iodureto de potassio.

3.—Desde hontem cederam as dôres; no olho esquerdo notam-se apenas duas pequenas synechias. Continúa o mesmo tratamento.

6.—Continúa a melhorar e a fazer uso da mesma medicação.

22.—Depois de haver quasi cedido a irite, reincidio sob a fórma aguda pelo que é prescripto : fricções mercuriaes, collutorio de chlorato de potassio.

24.—Continúa o mesmo estado. Além da medicação anterior, é prescripto : injecções de chlorhydrato de pilocarpina.

25.—Continúa o mesmo tratamento, ao qual é addicionado xarope de Boinet, na dóse de 2 colhéres das de sopa por dia.

27.—Cessaram inteiramente as dôres; a injecção diminuio muito consideravelmente, synechias quasi inteiramente rotas. Continúa todo o tratamento.

29.—Não tem mais traços de irite; observa-se no olho direito uma synechia inferior e no olho esquerdo uma interna e inferior. Continúa o mesmo tratamento.

1° de Outubro.—Teve alta a pedido para continuar a tratar-se na sala do Banco. O. D. V=1/3.

## TERCEIRA OBSERVAÇÃO

Francisco Ventura de Moura, branco, 32 annos, portuguez, trabalhador, residente á rua do General Pedra n. 147; entrou para a enfermaria da Clinica Ophthalmologica a 7 de Setembro de 1885 e foi inscripto no registro das observações sob o numero 71.

*Anamnese e symptomas subjectivos.*—Refere estar soffrendo do olho direito ha cêrca de um mez, soffreu de uma febre que foi qualificada de remittente palustre; cephaléa e irite syphiliticas (sic). Observa que ha dous mezes teve cancros venereos seguidos de erupção cutanea e dôres rheumaticas.

*Palpebras e conjunctivas.*—No olho direito injecção subconjunctival pronunciada, principalmente da metade interna.

*Globo.*—Tensão normal.

*Cornea.*—Normal.

*Pupilla e iris.*—Pupilla do olho direito dilatada por effeito de collyrio de atropina e cocaina, sendo na parte inferior menos.

*Crystallino.*—Normal.

*Visão e refracção.* — { A. O. V.=1<br>O. D. V.=1 mal.<br>O. E. V.=1

*Diagnostico.*—Irite syphilitica do olho direito.

*Marcha e tratamento.*—7 de Setembro. E' prescripto: collyrio de atropina e cocaina,e injecções hypodermicas de peptonato de mercurio.

10.—Cessaram as dôres; a injecção sub-conjunctival quasi inteiramente extincta. Pupilla dilatada *ad maximum.* Suspende-se o uso das injecções de peptonato de mercurio e prescreve-se xarope de Gibert na dóse de 2 colhéres por dia.

24.—Restabelecimento da irite.

26.—Apresenta-se hyperemia da iris principalmente na parte interna e superior da mesma, pelo que continua com atropinisação e injecções de peptonato de mercurio.

8 de Outubro.—Tudo bem.—Restabelecimento completo com : A. O. V.=1.

Alta, curado.

21 de Novembro.—Volta á enfermaria por sentir dôres fortes.—Injecção perikeratica intensa; reincidio a irite—O. D. V=1.

É prescripto : Collyrio de atropina e cocaina ; injecções de peptonato de mercurio.

22.—Está melhor.

23.—Tudo bem; passou completamente a dôr ; a injecção desapparece de todo ; pupilla bem dilatada, continúa com o collyrio e as injecções.

4 de Dezembro.— Tudo desappareceu.— Suspende-se toda a medicação.

10.—Continúa bem

V=1 no OD e no OE.

Alta, curado.

## QUARTA OBSERVAÇÃO

William Garrete, preto, 40 annos, inglez, marinheiro, entrou para a enfermaria da Clinica Ophthalmologica a 15 de Setembro de 1885, e foi inscripto no registro das observações sob o n. 79.

*Anamnese e symptomas subjectivos.*—Diz que cahio-lhe no olho direito um liquido irritante.—Está soffrendo ha 6 para 7 dias.

*Palpebras e conjunctiva.*—Injecção sub-conjunctival do bulbo direito.

*Globo.*—Tensão normal.

*Cornea.*—Transparente.

*Iris.*—De côr carregada.

*Cristallino.*—Normal.

*Visão e refracção.* — A. O. V=1. O. D. V=$^2/_3$. O. E. V=1.

*Diagnostico.*—Irite plastica incipiente do O. D.

*Marcha e tratamento.*—É prescripto : fricções de 4 grammas de unguento napolitano por dia; collutorio de 10 grammas de chlorato de potassio para 400 grammas de agua distillada; e instillações de 2 em 2 horas de um collyrio de sulfato neutro de atropina na proporção de 1 °/₀.

17. — Cessam as dôres; a injecção é menor; a pupilla está dilatada *ad maximum.* Continúa a mesma medicação.

22. — Tudo bem. Suspende-se a medicação.

30. — Completamente restabelecido ; teve alta com V1 em ambos os olhos.

## QUINTA OBSERVAÇÃO.

Balthazar Affonso, branco, 25 annos, portuguez, trabalhador, residente á rua do Rio Comprido n. 42, entrou para a enfermaria da Clinica Ophthalmologica a 10 de Março de 1886 e foi inscripto no registro de observações da mesma clinica sob o n 151.

*Anamnese e symptomas subjectivos.*—Refere que, haverá um mez, foi tratado em uma das enfermarias da Santa Casa de Misericordia de rheumatismo e que ha 12 dias appareceu-lhe

inflammação do O. E. acompanhada de forte dôr, lacrimejamento e photophobia. Accusa ter soffrido ha 4 mezes de infecção syphilitica, seguida do apparecimento de syphilides.

*Conjunctiva* — Injecção conjunctival e sub-conjunctival no O. E.

*Globo.* — Tensão normal.

*Cornea.* — Lisa e transparente.

*Pupilla e iris.* — O. E. Pupilla dilatada por atropina; synechias na parte infero-externa.

*Cristallino.* — O. E. — Depositos pigmentares na capsula anterior.

*Visão e refracção* { A. O. V. =1. O. D. V. =1. O. E. V. =1.

*Diagnostico.* — Irite syphilitica do O. E.

*Marcha e tratamento.* — 10. — É receitado : instillações de collyrio de atropina e injecções de peptonato de mercurio.

13. — Diz sentir dôres fortes na região supra orbitaria.

E' receitado : unguento napolitano belladonado para usar em fricções na fronte.

15—Poucas melhoras se notão ; a injecção ainda é consideravel.

E' receitado :

| | |
|---|---|
| Xarope de genciana.... | 200 grammas. |
| Iodureto de potassio.... | 20 » |
| Citrato de ferro ammon. | 2 » |

Tome duas colhéres por dia.

18. — Tem continuado a soffrer grandes dôres ; injecção muito intensa ; pupilla pouco dilatada ; iris muito infiltrada. Continúa com a mesma medicação e mais : injecções de chlorhydrato de pilocarpina.

19.—Dilatação média da pupilla; injecção ainda muito notavel; as dôres persistem. Continúa a mesma medicação.

27.—Injecção subconjunctival quasi extincta: pupilla dilatada; não existem synechias; symptomas subjectivos desapparecem.—Continúa ainda com o mesmo tratamento.

29.—Ainda alguma injecção sub-conjunctival.

O. D. V.=1; O. E. V. = 2/3 (atropinisado).

31. Diz ter peiorado um pouco desde hontem; reapparecem as dôres; injecção perikeratica um pouco mais pronunciada.—Cont. com: collyrio de sulfato de atropina, xarope de iodureto de potassio e citrato de ferro ammoniacal; e injecções de peptonato.

2 de Abril— Pupilla bem dilatada, nenhuma dôr; injecção perikeratica quasi nulla. Continúa o mesmo tratamento.

8.—Ainda injecção perikeratica; se bem que muito ligeira. O. D. V. = 1; O. E. V. = 1.

Continúa com a mesma medicação.

10.—Suspende-se o collyrio de atropina—Continúa com o xarope de iodureto de potassio e citrato de ferro e com as injecções de peptonato.

14. Queixa-se de dôres ciliares á direita; injecção perikeratica muito notavel do lado esquerdo.

E' receitado: collyrio de sulfato de atropina, fricções de unguento napolitano e collutorio de chlorato de potassio.

16.—A dôr diminuio consideravelmente, bem como a injecção perikeratica.—Prescrevem-se injecções de chlorhydrato de pilocarpina continuando ao mesmo tempo com a medicação anteriormente prescripta.

20.—Tem ainda alguma dôr de cabeça; não existe mais injecção perikeratica. Continúa com os mesmos medicamentos.

25.—Apresenta stomatite; a irite que havia reincidido, desapparece. Suspende-se o uso das fricções de unguento

napolitano. Continúa com o collutorio de chlorato de potassio e o collyrio de atropina.

28.—Tudo vai bem.

A. O. V. = 1; O. D. V. = 1; O. E. V. = 1.

Teve alta curado.

# PROPOSIÇÕES

## CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

**Estudo especial sobre os thermometros clinicos**

I

Nos thermometros clinicos a alcool ha o inconveniente de ser a columna muito fragil. Esta desvantagem desapparece nos thermometros a mercurio.

II

No thermometro de Burg o reservatorio de mercurio é substituido por uma spiral desenvolvida em um plano perpendicular ao do tubo graduado.

III

Os thermometros de maxima devem ser preferidos na clinica por ser com elles mais facil e precisa a observação.

## CADEIRA DE CHIMICA MEDICA E MINERALOGIA

**Estudo chimico dos compostos de mercurio e suas applicações á medicina. Do chlorureto e do iodureto mercuricos como substancias antisepticas.**

I

Os compostos de mercurio resultam ou da absorpção lenta do oxygeno a 300° (oxydos), ou da combinação do metal com o enxofre, o chloro, o bromo, o iodo, e os acidos azotico e sulfurico. Distinguem-se duas ordens de compostos: os mercuricos ou no maximo e os mercurosos ou no minimo.

II

Os compostos de mercurio têm larga applicação em medicina, principalmente nas affecções syphiliticas.

III

O chlorureto mercurico é reputado o mais energico antiseptico; o iodureto mercurico tem pouca importancia como tal.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

**Quinina e seus derivados**

I

A quinina fórma com o ammonio um radical hypothetico.

II

A hydroquinina contém uma molecula de agua mais do que a quinina ($C^{20} H^{26} Az^2 O^3$). Alguns dos seus saes são mais soluveis do que os da quinina.

III

A oxyquinina ($C^{20} H^{24} Az^2 O^3$) contém um atomo de oxygeno mais do que a quinina.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

**Estudo geral dos vegetaes parasitarios do homem e dos damnos que podem elles produzir**

I

Os vegetaes parasitarios podem se desenvolver na pelle e na mucosa do corpo humano ; alguns, quando estes orgãos se acham no estado normal, outros só se desenvolvem, quando um estado pathologico tem modificado estas membranas.

II

Os mais importantes dos mycrophitos que se fixam no tegumento externo são : *o achorion*, *o tricophyton e o microsporon*, classificados, segundo Marchand, no grupo dos *schizomycetos*.

III

As molestias determinadas pelos parasitas vegetaes são pouco graves.

## CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

### **Orgão central da circulação**

I

O orgão central da circulação, o coração, é um orgão contractil formado de dous conductos musculares estreitamente unidos entre si.

II

O orgão central da circulação acha-se dividido em quatro cavidades; duas superiores, as auriculas, e duas inferiores, os ventriculos.

III

O orgão central da circulação é sustentado na cavidade do thorax por um envolucro fibro-seroso, o *pericardio*.

## CADEIRA DE HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA

### **Serviços prestados pela histologia á pratica da medicina e cirurgia**

I

No exame histologico dos tumores basêa-se o diagnostico differencial dos mesmos.

II

Para o diagnostico das nephrites a histologia presta á medicina innumeros serviços.

III

Ao auxilio do microscopio são devidos os progressos das doutrinas parasitarias.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

**Da irritabilidade muscular**

I

A irritabilidade muscular é a propriedade que apresentam os musculos de contrahir-se sob a influencia de um excitante qualquer.

II

A irritabilidade é propriedade inherente ao tecido muscular.

III

A irritabilidade póde manifestar-se nos musculos sem que sómente seja determinada pela excitação procedida do systema nervoso.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

**Relações existentes entre a tuberculose e a escrofulose**

I

E' tal a semelhança entre a tuberculose e a escrofulose que alguns autores descrevem-nas conjunctamente sob a denominação de affecções estrumosas.

II

E' impossivel, dizem os Srs. Cornil e Ranvier, em grande numero de casos estabelecer-se um diagnostico differencial entre um ganglio tuberculoso e um ganglio escrofuloso.

III

Acreditamos que a escrofulose e a tuberculose são gradações de um mesmo processo morbido.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

**Do parasitismo**

I

Sob o nome de parasitas são denominados todos os seres vivos que, depois de invadirem a superficie do corpo de outro vivente, de penetrarem no seu interior, se nutrem á custa dos elementos chimicos e histologicos do organismo.

II

Os agentes productores das molestias infecciosas são organismos vivos inferiores que, penetrando no organismo, dão origem aos processos morbidos infecciosos. Estes micro-organismos têm sido considerados ora como plantas, ora como animaes, ora como zoophytos.

III

A doutrina do contagio vivo ou animado é de todas as theorias imaginadas até o presente para explicar a genese e a natureza das molestias infecciosas e contagiosas a mais seductora, a mais racional e a que actualmente tem mais aceitação.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

**Rachitismo**

I

As lesões produzidas pelo rachitismo consistem em uma parada da ossificação normal, determinada pela ausencia de materias terrosas nos ossos e por modificações especiaes na estructura do tecido osseo.

II

A idade dos individuos accommettidos de rachitismo determina modificações na marcha, nos symptomas e nas consequencias deste estado morbido.

III

O rachitismo póde ser considerado como molestia hereditaria.

## CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

### Dos tumores em geral

I

Os tumores são muitas vezes hereditarios.

II

Um tumor transmitte-se habitualmente identico á sua natureza.

III

O contagio não existe nos tumores da serie conjunctiva; é duvidoso a respeito do carcinoma.

## CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA PRINCIPALMENTE BRAZILEIRA

### Electrotherapia

I

A eletrotherapia presta excellentes serviços, quer como agente principal de tratamento, quer como meio auxiliar.

II

O methodo de tratamento pela electrotherapia ainda não está vulgarisado,porque só a elle recorrem depois de esgotados todos os meios therapeuticos, ou então em molestias incuraveis.

III

O opportunismo representa um grande papel no emprego das correntes electricas, como em toda a therapeutica.

CADEIRA DE PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

## Estudo pharmacologico do opio e seus alcaloides

I

Os preparados gallenicos do opio são instrumentos infieis nas mãos do clinico.

II

Os principios obtidos do opio não existem, em grande parte, assim constituidos no latex do *Papaver somniferum*.

III

A forma granular é a preferivel para a administração dos alcaloides do opio, observado o processo do *Codex* para a sua preparação.

CADEIRA DE HYGIENE PUBLICA E PRIVADA E HISTORIA DA MEDICINA

## Das condições que explicão a mortalidade das crianças na cidade do Rio de Janeiro

I

A fraqueza congenita é uma causa importante da mortalidade das crianças no Rio de Janeiro.

II

A má qualidade da alimentação muito concorre para o augmento da cifra da mortalidade das crianças da cidade do Rio de Janeiro.

III

As mudanças bruscas de temperatura, produzindo affecções do apparelho respiratorio, concorrem poderosamente para o augmento dos quadros da mortalidade das crianças do Rio de Janeiro.

CADEIRA DE ANATOMIA TOPOGRAPHICA, MEDICINA OPERATORIA EXPERIMENTAL, APPARELHOS E PEQUENA CIRURGIA

**Da talha hypogastrica**

I

A operação da talha se divide em dous grandes methodos distinctos : methodo do alto apparelho ou talha hypogastrica, e pequeno e grande apparelho ou talha perineal.

II

A talha hypogastrica é uma operação grave e reserva-se exclusivamente para os calculos de grandes dimensões.

III

A. talha hypogastrica consiste em extrahir calculos volumosos da bexiga por uma incisão das paredes do ventre.

---

CADEIRA DE OBSTETRICIA

**Causas de morte subita durante o parto**

I

Um grande numero de mortes subitas durante o parto são explicadas pela thrombose ou embolia do coração e das arterias pulmonares.

II

Além de lesões organicas do utero ainda podem determinar a morte subita durante o parto, a syncope, o abalo nervoso e o esgotamento.

III

Alguns casos de morte subita durante o parto devem ser referidos á introducção de ar nas veias.

---

## CADEIRA DE MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

### Definição e classificação dos venenos, sua absorpção, distribuição e eliminação.

I

D'entre as varias classificações de venenos estabelecidas aceitamos, como a mais racional, a physiologica.

II

A plenitude do estomago retarda a absorpção dos venenos.

III

Só se manifestam os phenomenos de envenenamento, quando os agentes toxicos se distribuem pelos tecidos.

## PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

### Das condições pathogenicas do delirio nas affecções organicas do coração

I

A pathogenia do delirio nas affecções cardiacas acha-se ligada á séde e á natureza da lesão.

II

A stase na circulação geral é uma das causas mais communs do delirio.

III

A irritação produzida pelo edema cerebral concorre muitas vezes para a producção do delirio.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

**Estudo comparativo do methodos de tratamento dos aneurismas cirurgicos**

I

Os methodos cirurgicos aconselhados para o tratamento de alguns aneurismas internos e de quasi todos os aneurismas externos, podem, sob o ponto de vista do modo pelo qual proporcionam a cura, dividirem-se em : 1°, methodos que actuão pela destruição do sacco ; 2°, methodos que actuão pela introducção de agentes coagulantes no sangue ; 3°, methodos que actuão pela diminuição ou suppressão da circulação no vaso ou no tumor.

II

Os methodos que actuão por destruição do sacco tem o inconveniente de determinar a morte por esgotamento ou infecção septica; os que actuão pela introducção directa de agentes coagulantes no sangue offerecem grandes perigos.

III

De todos os processos empregados para a cura dos aneurismas os que mais vantagem offerecem são os que actuão pela diminuição ou suppressão da circulação no vaso ou no tumor.

CADEIRA DE CLINICA OPHTHALMOLOGICA

**Blepharoplastia**

I

Podemos referir todos os processos blepharoplasticos a dous methodos geraes: por escorregamento e por transplantação.

II

Toda a operação de blepharoplastia deve ser precedida de blepharoraphia.

III

Consideramos o enxerto dermico como um meio prophylatico da blepharoplastia.

# HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Ophthalmia laborantem ab alvi profluvio corripi bonum.

(Sect. I, Aph. 1°.)

II

Quibus oculi in morbis spontè illacrimant, bonum, quibus vero non sponte, malum.

(Sect. VII, Aph. 83°.)

III

In doloribus oculorum, postquam merum bibendum dederis, et multa calida lavaveris, venam secato.

(Sect. VII, Aph. 56°.)

IV

Oculorum dolores mer potio aut balneum aut fomentium, aut ven sectio aut medicamentum purgant exhibitum solvit.

(Sect. VI, Aph. 31°.)

V

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia malum denunciat.

(Sect. II, Aph. 43°.)

VI

Ubi fames non oportet laborare.

(Sect. II, Aph. 14°.)

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 1886.

Dr. Brandão.

Dr. Crissiuma.

Dr. Francisco de Castro.